

TARTU ÜLIKOOL  
Pärnu kolledž  
Sotsiaaltöö korralduse osakond

Ewe Alliksoo

**REHABILITATSIOONIASUTUSTE  
TAJUTUD VALMISOLEK  
PROGRAMMIPÕHISE TEENUSE  
OSUTAMISEKS**

Lõputöö

Juhendaja: Kandela Õun

Pärnu 2015

## SISUKORD

Sissejuhatus .....	3
1. Rehabilitatsiooni teoreetiline käsitus ja teenuse korraldus .....	5
1.1. Rehabilitatsiooni mõiste ja eesmärk.....	5
1.2. Rehabilitatsiooniteenuse korraldus ja sihtgrupid .....	8
1.3. Rehabilitatsiooniteenuste ja asutuste areng Eestis .....	12
1.4. Rehabilitatsiooniprogrammi käsitus rahvusvahelises praktikas ja Eestis .....	14
1.5. Rehabilitatsiooniprogrammide piloteerimine Eestis .....	17
2. Uurimus rehabilitatsiooniasutuste tajutud valmisolekust programmpõhise teenuse osutamiseks .....	21
2.1. Uurimuse eesmärk ja uurimisküsimused .....	21
2.2. Uurimusemeetodid, valim ja läbiviimine .....	22
2.3. Tulemuste analüüs.....	23
2.3.1. Rehabilitatsiooniasutusena tegutsemine ja klientuur .....	23
2.3.2. Rehabilitatsioonimeeskonna spetsialistid .....	25
2.3.3. Rehabilitatsioonimeeskonna spetsialistide töösuhted .....	26
2.3.4. Rehabilitatsiooniasutuste kogemused programmide osutamisel.....	28
2.3.5. Rehabilitatsiooniasutuste tajutud valmisolek programmide osutamiseks.....	28
2.3.6. Rehabilitatsioonimeeskondade koolitusvajadus .....	36
2.3.7. Arutelu ja järeldused .....	37
Kokkuvõte ja soovitused .....	41
Viidatud allikad.....	44
Lisa 1. Küsimustik rehabilitatsiooniasutustele.....	47
Summary .....	51

## SISSEJUHATUS

Rehabilitatsioon on laiaulatuslik ja multidistsiplinaarne tegevus, mille eesmärk on toetada ja arendada inimese funktsioneerimisvõimet ja osalemist ühiskonnaelus. Rehabilitatsioon koosneb erinevatest spetsiifilistest teenustest ja tegevustest, mis kujunevad rehabilitatsioonispetsialisti ja kliendi vahelises koostöös. Rehabilitatsiooni individuaalsete eesmärkide hulka võivad kuuluda funktsionaalsuse tõstmine, töövõime säilitamine, töökoha säilitamine või tagasipöördumine tööle aga ka iseseisva elu tagamine. Rehabilitatsiooni peamine kaasaegse rehabilitatsioonikäsitle kohaselt on inimese osaluse ja kaasatuse suurendamine ühiskonnas.

Rehabilitatsioon Eestis on olnud arenev valdkond – alates 2000. aastast on olulisel määral muutunud seadusandlus, arenenud on hindamis- ja sekkumismetoodikad, on piloteeritud rehabilitatsiooniprogramme ja korrastatud teenuse osutamisega seotud süsteeme. 01. jaanuaril 2016. aastal jõustuvad muudatused sotsiaalhoolekandeseaduses ning tööturuteenuste ja toetuste seadustes. Uus rehabilitatsiooniteenus korraldus, mille eesmärk on toetada töövõimereformi elluviimist Eestis, hõlmab nii sotsiaal- kui tööturuvaldkonda. Rehabilitatsioon jaguneb kaheks eraldi teenuseks – tööalaseks ja sotsiaalseks rehabilitatsiooniks. Tööalane rehabilitatsioon, mis on suunatud tööealistele vähenenud töövõimega inimestele, seab eesmärgiks soodustada isiku töö leidmist, tööle rakendumist ja töötamist; teenuse korralduse ja finantseerimisega hakkab tegelema Töötukassa. Sotsiaalne rehabilitatsioon, mis on suunatud erivajadusega lastele, eakatele ja nendele tööealistele isikutele, kellel puudub töövõime, seab eesmärgiks toetada isikut igapäevaeluga toimetulekul. Sotsiaalse rehabilitatsiooniteenuse korralduse ja finantseerimisega tegeleb Sotsiaalkindlustusamet. Uue seadusandluse rakendudes luuakse võimalus nii sotsiaalse- kui tööalase rehabilitatsiooniteenuse raames kompleksete rehabilitatsiooniprogrammide osutamiseks. Kuidas erineb

rehabilitatsiooniprogramm rehabilitatsiooni üksikteenustest? Milline on rehabilitatsiooniasutuste valmisolek tajutud rehabilitatsiooniprogrammide osutamiseks ning milline on teenuseosutajate koolitusvajadus uute muudatuste rakendamiseks? Need on uurimisküsimused, millele käesolev lõputöö vastuseid otsib.

Rehabilitatsiooniprogramm on kompleksne tegevuste kogum teatud konkreetse eesmärgi, nt tööle saamise, saavutamiseks. Rahvusvaheline kogemus näitab rehabilitatsiooniprogrammide suurt mitmekesisust – rehabilitatsiooniprogramm võib olla eesmärgi- või diagnoosipõhine, sisaldada individuaalseid või grupitegevusi. Samuti toovad uuringud välja rehabilitatsiooniprogrammide suurema tulemuslikkuse võrreldes rehabilitatsioonispetsialistide üksikteenustega (Roosimaa, 2012). Eestis on töölesaamist toetavate rehabilitatsiooniprogrammide osutamist piloteeritud Euroopa Sotsiaalfondi vahenditest, meetme Tööle saamist toetavad hoolekandemeetmed 2010-2013 kaudu. Arvestades teema aktuaalsust on käesoleva töö eesmärk uurida rehabilitatsiooniasutuste tajutud valmisolekut programmpõhiseks teenuse osutamiseks. Eesmärgi täitmiseks annab töö esimene osa lühiülevaate rehabilitatsiooni mõistest ja erinevatest käsitlustest, rehabilitatsiooniteenuse arengust Eestis, teenuse sihtgruppide ja varasematest arendustegevustest rehabilitatsiooniprogrammide piloteerimisel. Töö teine osa annab ülevaate empiiriliste andmete kogumiseks läbiviidud ankeetküsitluse ettevalmistamisest, läbiviimisest ja selle tulemustest.

Lõputöö autor tänab juhendaja Kandela Õuna toetuse ja koostöö eest, suured tänud rehabilitatsiooniasutustele, kes leidsid aega küsimustele vastata. Suured tänud perekonnale, kes olid toeks ja abiks.

# **1. REHABILITATSIOONI TEOREETILINE KÄSITLUS JA TEENUSE KORRALDUS**

Kaasaegse rehabilitatsiooni kohta on kasutusel mitmeid erinevaid mõisteid ja käsitlusi. Käesolevas peatükis käsitletakse rehabilitatsiooni mõistet ja eesmärgi, rehabilitatsiooni sihtgrupe, rehabilitatsiooniteenuse arengut Eestis ja rehabilitatsiooniprogrammide võrdlust teenusega.

## **1.1. Rehabilitatsiooni mõiste ja eesmärk**

Ühiskonnas on rehabilitatsiooni kohta kasutusel mitmeid mõisteid ja lähenemisi. Sõna „rehabilitatsioon“ võeti ametlikult kasutusele 21. sajandi algul. Sõltuvalt sellest, millises kontekstis sõna kasutatakse võib märgatavalt varieeruda ka tema tähendus. (Dean, Siegert, & Taylor, 2012)

Sõna rehabilitatsioon tuleneb ladina keelest, tähendades millegi heastamist ja taas tunnustamist. Rehabilitatsiooni üldine eesmärk on suunatud haavatavate inimeste eluolu parandamisele ja nende osalemise suurendamisele ühiskonnas. Üldise eesmärgi täitmiseks on mitmeid meetodeid ja programme, mis on suunatud erinevatele sihtgruppidele: füüsilise ja/või vaimse puudega inimestele, traumajärgses seisundis inimestele, krooniliste terviseprobleemidega inimestele, sõltuvusprobleemidega inimestele, vangist vabanenutele, muulastele, kuriteo või õnnetuse ohvritele, käitumishälbega lastele, tööealistele, eakatele jne. (Tervise Arengu Instituut, 2008)

Puuetega inimeste õiguste konventsiooni artikkel 26 ütleb, et riik peab kasutusele võtma tõhusaid ja asjakohaseid meetmeid, kaasa arvatud vastastikune toetus, et võimaldada puuetega inimestel saavutada ja säilitada maksimaalset iseseisvust, täielikku füüsilist,

vaimset, sotsiaalset ja kutsealast võimekust ning täielikku kaasatust ja osalemist kõigis eluvaldkondades. Selle eesmärgi saavutamiseks korraldavad, tugevdavad ja laiendavad riigid igakülgsed rehabilitatsiooni teenuseid ja programme, eriti tervishoiu, tööhõive, hariduse ja sotsiaalteenuste valdkondades. Teenused ja programmid peavad algama võimalikult varases etapis ning põhinema isiku vajaduste ja tugevuste multidistsiplinaarsel hinnangul ning toetama kogukonnas ja kõigis ühiskonnaelu valdkondades osalemist ja nendesse kaasatust. Teenused ja programmid on vabatahtlikud ja on puuetega inimestele kättesaadavad võimalikult lähedal nende elukohale, kaasa arvatud maapiirkondades. (Riigikogu, 2012)

Rehabilitatsiooni üldmõiste on lai ja rehabilitatsioon võib olla vajalik väga erinevatele sihtgruppidele ühiskonnas. Rehabilitatsiooni üldine eesmärk on inimese integreerimine ühiskonda, et saavutada tema võimalikult suur iseseisvus ja sõltumatus ning sotsiaalselt väärtustatud rollid; parandada funktsioneerimist ja rahulolu oma keskkonnas ning perspektiivis vähendada teenuste vajadust ja rahalisi kulusi. (Haukanõmm, 2012)

Nii nagu ka rehabilitatsiooni üldmõiste on lai, on ka rehabilitatsiooni sihtgrupp väga lai – teenus võib olla vajalik väga erinevas vanuses, erinevate terviseprobleemidega inimestele, puudega inimestele ja nende pereliikmetele, sõltuvusprobleemidega inimestele, kodututele, õigusrikkujatele jne.

Rehabilitatsioon on protsess, mille eesmärk on aidata puuetega inimestel saavutada ja säilitada optimaalne füüsiline, meeleline, intellektuaalne, psüühiline ja sotsiaalne funktsionaalne tase. Rehabilitatsioon pakub puuetega inimestele vahendeid, mida nad vajavad, et saavutada sõltumatus enesemääramisele. (World Health Organisation, 2015)

Rehabiliteerimise üldine eesmärk on parandada ja soodustada inimese iseseisvat toimetulekut, suurendades tema ühiskonda kaasatust, soodustada töötamist, õppimist jne. Eesmärki saab täpsustada, seades ealisi prioriteete või keskendudes eri eluvaldkondades püstitatavatele eesmärkidele. Igal inimesel peab olema tema elukvaliteeti parandav isiklik eesmärk, mida rehabiliteerimise abil saavutada. (Roht, 2008)

Rehabilitatsioon on suunatud tulevikku ning oleviku ülesannetega kaasneb uuendatud ja elustatud tulevikulootus. Rehabilitatsioon usub, et paranemine mõnel, paljudel või kõigil funktsioneerimise aladel on võimalik. (Anthony, 1998)

Teaduskirjandus toob välja, et ühtset rehabilitatsioonimudelit ei ole olemas. Rehabilitatsiooni üldmõiste alla mahuvad veel mitmed alaliigid (nt töö- ja kutsealane rehabilitatsioon, (psühho)sotsiaalne rehabilitatsioon, meditsiiniline rehabilitatsioon, hariduslik rehabilitatsioon jm).

Töö- ja kutser rehabilitatsioon on tegevus, mis võimaldab puudega inimesel omandada elukutse, alustada või jätkata tööelu, õppida uus amet. Eesmärk on tööga toimetuleku õpetamine ning selle kaudu inimese ühiskonda integreerimine. (Hanga, 2010)

Ametialase rehabilitatsiooni abil tõstetakse töö kvaliteeti, parandatakse indiviidi töövõimet töösüsteemi omandamise teel, avardatakse puudega inimeste tööalaseid võimalusi ja kaotatakse piiranguid töökohtadel. Peamine on kitsaskohtade märkamine puudega inimese tööprotsessi organiseerimisel. Realistliku eesmärgi püstitamiseks on vaja koos kliendiga arutada ja välja selgitada, mida klient tahab saavutada ja seejärel toetada tema soove. (Maas & Murs, 2010)

Psühhosotsiaalne rehabilitatsioon rõhutab indiviidi terviklikkust ja kompleksset lähenemist teenuste pakkumisel (haridus-, sotsiaal-, tervishoid-, tööhõive). Klienti vaadeldakse kui tervikut tema elukeskkonnas ja sotsiaalses kontekstis, eesmärgiga selgitada välja tema võimalused ja piirangud konkreetsetes elukeskkonnas. See omakorda võimaldab määratleda täpsemini tegevusi, mis parandaksid kliendi iseseisvat toimetulekut. Eesmärk on suurendada isiku funktsioneerimist nii, et isik võiks olla edukas ja rahul tema poolt valitud keskkonnas minimaalse professionaalse abiga. Keskne koht kliendil ja tema enda valikutel ja vastutusel. Psühhosotsiaalne rehabilitatsioon on oma ülesande täitnud, kui kliendid saavad iseseisvalt hakkama igapäevaeluga. (Hanga, 2010)

Biopsühhosotsiaalse rehabilitatsioonimudeli edukat kasutamist tõestavad kroonilise alaseljavaluga klientidele tehtud uuringud. Uurimistulemused kinnitavad biopsühhosotsiaalse rehabilitatsioonimudeli abil on võimalik paremini mõista ja

ennustada neid probleeme, mis klientidel esinevad ning see läbi parandada nende sotsiaalset toimetulekut läbi multidistsiplinaarsete rehabilitatsiooniprogrammide. (Koenig Alex, 2014)

Psühhosotsiaalne rehabilitatsioon on protsess, mille käigus püütakse vaimse ja sotsiaalse puude ja muude vaegustega inimesel aidata ja hoida tema elukvaliteeti ja tegutsemisvõimet võimalikult suurtena, et ta suudaks nii isiklikul kui ühiskondlikul tasandil enda valitud elu-, töö- ja muudes keskkondades, rahuldavalt funktsioneerida. (Hollander & Wilken, 2015)

Meditšiinilises rehabilitatsioonis nähakse puuet individuaalse probleemina, mille on põhjustanud haigus, trauma või muu tervisehäire. Rehabilitatsiooni protsessis ravitakse inimest, kellel vastav probleem esineb. Meditsiinilise rehabilitatsiooni protsessis on rõhuasetus professionaali tegevusel ja seega lasub vastutus tulemuse eest eelkõige arstil/taastusravi spetsialistil. Meditsiinilise rehabilitatsiooni eesmärk on olemasoleva puude või tervisehäire parandamine, leevendamine või selle süvenemise ennetamine.

Haridusliku rehabilitatsiooni eesmärk on kindlustada parim võimalik haridus, sh kommunikatiivne ja sotsiaalne kompetentsus puudega lastele, noortele ja täiskasvanutele. Hariduslik rehabilitatsioon sisaldab endas vaimset, emotsionaalset, sotsiaalsest ja kehalist arendamist eesmärgiga saavutada lapse võimete maksimaalne väljaarendamine, luua alus maksimaalselt iseseisvaks toimetulekuks (kutsevalikuks, eneseteenindamiseks, suhtlemiseks). (Hanga, 2010)

Rehabilitatsiooni erinevatel alaliikidel on kõigil ühine tunnus – protsess on suunatud inimese toimetulekule ja ühiskonda kaasatusele. Vaatamata inimese erivajadusele on kõigil õigus võimalikult täisväärtuslikule elule.

## **1.2. Rehabilitatsiooniteenuse korraldus ja sihtgrupid**

Eestis on rehabilitatsiooniteenus reguleeritud sotsiaalhoolekande seaduses. Sellest lähtudes on rehabilitatsiooniteenus isiku iseseisva toimetuleku, sotsiaalse integratsiooni ja töötamise või tööle asumise soodustamiseks osutatav teenus. Teenuse raames koostatakse isikule puuetega inimeste sotsiaaltoetuste seaduse §-s 2<sup>1</sup> sätestatud nõuetele



vastav isiklik rehabilitatsiooniplaan kehtivusega kuus kuud kuni viis aastat. Alaealisele koostatakse rehabilitatsiooniplaan kehtivusega kuus kuud kuni kolm aastat. Rehabilitatsiooni raames osutatakse Vabariigi Valitsuse kehtestatud loetelus nimetatud ning rehabilitatsiooniplaanis märgitud teenuseid ja juhendatakse isikut, kuidas rehabilitatsiooniplaanis kirjeldatud tegevusi ellu viia. (Riigikogu, 2014)

Eestis on rehabilitatsiooniteenuse sihtgrupp reguleeritud nii sotsiaalhoolekande- ja puuetega inimeste sotsiaaltoetuste seaduses. Selle kohaselt on õigus taotleda rehabilitatsiooniteenust:

- kõigil puuet esmakordselt taotlevatel alla 16-a vanustel lastel. Korduvalt puuet taotlevatel lastel ekspertarsti otsusel juhul, kui rehabilitatsiooniplaani koostamine on vajalik puude raskusastme tuvastamiseks;
- puudega lastel ja täiskasvanutel;
- tööealistel (16-a kuni vanaduspensioni ealistel) psüühilise erivajadusega inimestel, kelle töövõime kaotus on vähemalt 40%;
- alaealiste komisjoni otsusel suunatud isikutel

Rehabilitatsiooniteenuse raames osutatavad teenused on loetletud Vabariigi Valitsuse 20.12.2007.a määruse nr 256 lisas. Määrusega on ka kehtestatud, kui palju võib teenuseid osutada ühe kalendriaasta jooksul.

Osutatakse järgmisi rehabilitatsiooniplaanis märgitud teenuseid:

- rehabilitatsioonivajaduse hindamine ja -planeerimine;
- rehabilitatsiooniplaani täitmise juhendamine;
- rehabilitatsiooniplaani täiendamine ja tulemuste hindamine;
- füsioterapeudi teenus (individuealne ja grupidöö);
- tegevusterapeudi ja loovterapeudi teenus (individuealne ja grupidöö);
- sotsiaaltöötaja teenus (individuealne, perenõustamine ja grupinõustamine);
- eripedagoogi teenus (individuealne, perenõustamine ja grupinõustamine);
- psühholoogi teenus (individuealne, perenõustamine ja grupinõustamine);
- logopeedi teenus (individuealne, seanss perele ja grupinõustamine).

Enamikku teenustest võib vajadusel osutada kokku kuni kalendriaastaks kehtestatud maksimaalse maksumuse täitumiseni, näiteks puudega lastele kuni 1395 euro eest ja puudega täiskasvanutele kuni 483 euro eest aastas. Tööealistel (16-a kuni vanaduspensioni ealistel) psüühilise erivajadusega inimestel, kelle töövõime kaotus on vähemalt 40% on ühes kalendriaastas kasutatav summa 2325 eurot.

Erandiks on järgmised teenused:

- rehabilitatsioonivajaduse hindamine ja rehabilitatsiooni planeerimine,
- rehabilitatsiooniplaani täitmise juhendamine,
- rehabilitatsiooniplaani täiendamine ja tulemuste hindamine,
- füsioterapeudi teenus.

Nimetatud teenustele on kehtestatud eraldi piirmäärad, näiteks rehabilitatsioonivajaduse hindamise ja rehabilitatsiooni planeerimise (rehabilitatsiooniplaani koostamise) teenust võib osutada kuni 206,55 euro eest kalendriaastas, füsioterapeudi teenust ja füsioterapeudi grupidöö teenust kokku võib osutada lastele 234,12 euro eest ja täiskasvanutele kuni 117,06 euro eest kalendriaastas.

Rehabilitatsiooniteenuse raames osutatakse ka majutusteenust – rehabilitatsiooniasutuses võimaldatakse rehabilitatsiooniteenuse osutamise ajal ööbimist koos toitlustamisega 1 kord päevas arvestusega üks ööpäev maksimaalselt 23,97 eurot.

Eesti rehabilitatsioonisüsteemi kitsakohtasid on analüüsitud mitmetes uuringutes. Näiteks analüüsis rehabilitatsiooniteenuse korraldust Riigikontroll (2006 (Riigikontroll, 2006)) ning tõi välja, et kehtiv süsteem ei loo eeldusi rehabilitatsiooni eesmärkide saavutamiseks. Riigikontroll juhtis tähelepanu, et kuna sihtrühm, kellel on õigus rehabilitatsiooniteenuseid saada, on suur ning reaalselt saab teenuseid u 7% sihtrühmast, siis peab riik piirama teenusele suunatavate isikute ringi lähtudes isiku vajadustest. Nimelt lähtudes rehabilitatsiooni eesmärgist, ei ole rehabilitatsioon kõikide puuetega inimeste jaoks vajalik ning paljud nende probleemid saaks lahenda, pakkudes muid teenuseid. Paraku ei võimalda praegune süsteem rehabilitatsiooniteenuseks õigustatud isikute seast tegelikke abivajajaid selekteerida – kõigil puuetega inimestel,

kes teenust taotlevad, on õigus seda ka saada. Seetõttu pikenevad aga teenuse järjekorrad, halveneb teenuste kättesaadavus ja tekib rahulolematus.

Poliitikauuringute keskus Praxis (2011) aruandest selgub, et Eesti sotsiaalsüsteemis on välja töötatud meetmed kõikide peamiste sotsiaalsete riskide maandamiseks ja leevendamiseks, kuid samas ei ole meetmete kooslus mitmetel juhtudel terviklik ega kliendikeskne ning ei taga ressursside optimaalset kasutust.

Tööealiste puudega inimeste rehabilitatsiooniga tegelevad nii Töötukassa (läbi tööturuteenuste) kui ka Sotsiaalkindlustusamet (rehabilitatsiooniteenuse kaudu), kuid mehhanisme tegevusi koordineerivate asutuste koostööks reguleerivad õigusaktid ette ei näe. Uuringu üheks järelduseks oli, et rehabilitatsiooniteenuse ja erihoolekandeteenuste tänast korraldust ei saa käsitleda tõhusa ja kliendisõbralikuna, see ei taga ühtlast teenuse kättesaadavust ega motiveeri teenuse osutajaid panustama teenuse kvaliteedi parandamisse. Soovitati kaaluda teenuste ümberkorraldamist viisil, mis tagaks ühtlasema teenusepakkumise kogu kalendriaasta vältel ning soodustaks regionaalselt tasakaalustatud korraldust ja kvaliteedi tõusu. (Praxis, 2011)

Riigikontrolli auditist selgus, et ligi 60% rahastusest kulub rehabilitatsiooniplaanide koostamisele ning sõidu- ja majutuskulude tasumisele, jättes ainult 40% nende elluviimiseks. Selleks, et parandada sotsiaalse rehabilitatsiooniteenuse kätte saadavust ja suurendada ressursside kasutamise tõhusust otsustati Sotsiaalministeeriumi poolt 2010. aastal piloteerida rehabilitatsioonivajaduse eelhindamist. Selleks, et saada aru isiku rehabilitatsioonivajadusest, koostati mitme arendusprojekti raames neljast osast koosnev küsimustik, mida piloteeriti 2011-2012. aastal 46 rehabilitatsioonispetsialisti poolt 350 isiku vajaduste hindamiseks ning 2012-2013 4 rehabilitatsioonispetsialisti poolt 101 isiku vajaduste hindamiseks. Hindamistulemuste analüüs kinnitas, et suur hulk tänasest rehabilitatsiooniteenuse sihtgrupist ei vaja rehabilitatsiooniteenuseid. Hindamises osalenud isikute puhul põhjustas terviseolukord erinevaid raskuseid, mille leevendamiseks ning ühiskonnaelus osalemiseks peeti ekspertide poolt vajalikuks pigem meditsiiniteenuseid (84 korral 101-st) kui sotsiaalset rehabilitatsiooni. Rehabilitatsiooniteenusele suunati peamiselt need isikud, kes kogesid raskuseid või mõõdukaid probleeme samaaegselt mitmes erinevas eluvaldkonnas. Uuringus osalenud

inimesed vajasid abi puuetega inimeste ühendustest, psühholoogilist nõustamist ja juhtumikorralduslikku abi. Vähemal määral vajati teenuseid kohalikust omavalitsusest või Töötukassast. (Hanga, Karin; DiNitto, Diana; Leppik, Lauri, 2015)

Käesoleva töö autoril õnnestus ka endal osaleda rehabilitatsiooni vajaduse eelhindamise projektis. Projekti käigus viidi läbi WHODAS 2.0 veebipõhine intervjuu kliendiga, kus hinnati funktsioneerimisvõimet ja tervise olukorrast tingitud osalus- ja tegevusvõime piiranguid. Hindamise tulemusena seostati klient talle vajalike teenustega. Projektis osalemise käigus saadi väärtuslikke kogemusi edasiseks tööks ja kinnitust eelhindamise vajalikkusele rehabilitatsiooni protsessis.

### **1.3.Rehabilitatsiooniteenuste ja asutuste areng Eestis**

Rääkides rehabilitatsiooni kujunemisest Eestis, on oluliseks panuseks Mihkel Aitsami eestvedamisel Karaski Keskuses Põlvamaal aastatel 1994–2000 läbi viidud erinevatele puudeliikidele suunatud sotsiaalpsühholoogilised rehabilitatsioonikursused. Kursuste eesmärk oli aidata puuetega inimestel, kroonilistel haigetel ja nende pereliikmetel paremini integreeruda ühiskonda iseseisvate liikmetena, toetudes nii võrdse nõustamise töö põhimõtetele kui rehabilitatsiooni alusprintsipidele (Hanga, 2012)

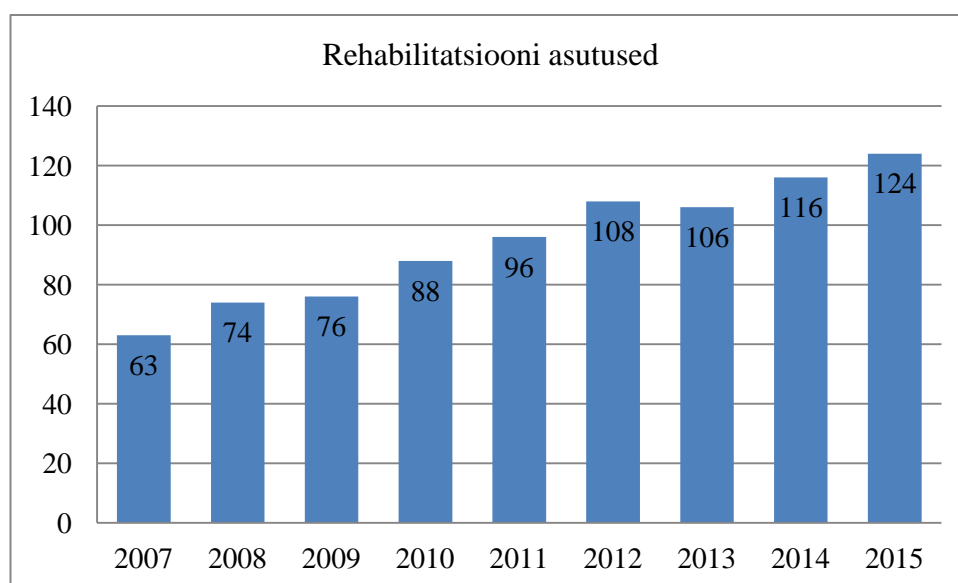
2000. aastal jõustus puuetega inimeste sotsiaaltoetuste seadus, mis oli aluseks riiklikult koordineeritud rehabilitatsioonisüsteemi loomisele. Alustati rehabilitatsiooniplaanide koostamist, esimestel aastatel vaid puudega lastele. Sotsiaalministri käskkirjaga oli kinnitatud 10 asutust, kes lastele plaane koostasid ning olid toeks lapsevanematele keerulise olukorraga toimetulemisel. Seejärel laiendati rehabilitatsiooniteenuse osutamist psüühikahäirega inimestele hoolekandenasutustes ja rehabilitatsioonisüsteem seostati puude raskusastme määramise protsessiga. Alates 2004. aastast alustati rahastamissüsteemi muutustega ja kaotati rehabilitatsiooniteenuste rahastamine maavalitsuste kaudu; täiskasvanute ja laste rehabilitatsiooniteenuseid hakati rahastama ja koordineerima läbi Sotsiaalkindlustusameti. (Hanga, 2012)

2005. aasta märtsis võeti vastu rehabilitatsioonivaldkonda reguleerivad määrused, mis kehtestasid teenuse liigid, hinnad ja osutamise mahud. Samuti muutus rehabilitatsiooniteenuste ja puude raskusastme määramise kord. (Narusson, 2009)

Rehabilitatsiooniteenust osutavad Sotsiaalhoolekande seaduse § 11<sup>2</sup> lõikes 1 nimetatud isikutele need valitsusasutuste hallatavad asutused, kellel rehabilitatsiooniteenuse osutamine on põhimäärusejärgne ülesanne ning kes on registreeritud rehabilitatsiooniteenuse osutajana majandustegevuse registris majandustegevuse registri seaduse tähenduses. (Riigikogu, Sotsiaalhoolekande seadus, 2014)

Rehabilitatsiooni teenust osutavate asutuste arv on aasta-aastalt tõusnud. Viimase kaheksa aasta jooksul on rehabilitatsiooniasutuste arv kahekordistunud - kui 2007. aastal oli registreeritud 63 asutust, 2011. aastal 98 asutust, siis 2015. aasta veebruaris oli majandustegevuse registris registreeritud 124 rehabilitatsiooni teenuse osutajat.. (Majandus- ja Kommunikatsiooniministeerium, 2015)

Järgnev joonis annab ülevaate registreeritud rehabilitatsiooniasutustest aastate lõikes.



**Joonis 1.** Rehabilitatsiooniteenuseid osutavad asutused Eestis 2007 – 2015  
Allikas: Sotsiaalkindlustusamet; autori koostatud

Vaatamata asutuste lisandumisele ei ole toimunud olulisi muudatusi riigi eelarves rehabilitatsiooniteenuse rahastamisel. Viimasel kolmel aastal on rehabilitatsiooniteenuse eelarve püsinud muutumatuna nii laste kui täisealiste inimeste lõikes.

#### **1.4. Rehabilitatsiooniprogrammi käsitus rahvusvahelises praktikas ja Eestis**

Rehabilitatsiooniteenus on kompleksne protsess, milles on vaja planeerida isiku eesmärkidest ja vajadustest lähtuvaid erinevaid rehabiliteerivaid ja arendavaid tegevusi. Oluline on leida isiku east ja puudest lähtuv, metoodiliselt koostatud ja läbimõeldud tegevuste terviklik pakett, mis on suunatud isiku rehabilitatsiooni eesmärkide saavutamiseks. Arenenud riikide kogemus on just kompleksete sekkumiste, ehk rehabilitatsiooniprogrammide arendamine ja finantseerimine riigi poolt. Näiteks erinevad õppe- ja toetusprogrammid puudega lapse tavakooli integreerumiseks, tööealise isiku tööle saamiseks või oma kodus iseseisvalt elamiseks. Õppe- ja toetusprogrammid võivad olla nt praktiliste igapäevaeluks vajalike oskuste harjutamine, kodu kohandamine, pere nõustamine ja koolitus, sotsiaalsete oskuste arendamine, isiku motivatsiooni tõstmine, tööotsimine ja –harjutamine jms.

Rehabilitatsiooniprogrammide kasutuselevõttuga saab arendada erinevatest rehabilitatsiooni eesmärkidest lähtuvaid, puude- ja toimetulekupiirangu spetsiifilisi sekkumisi. Isiku jaoks suureneb teenuste sisuline valikuvõimalus ning teenusega (programmiga) tutvudes on kohe selge programmi eesmärk, sisulised tegevused ja oodatav tulemus. (Sotsiaalministeerium, 2009)

Rehabilitatsioonist rääkides mõeldakse eelkõige erinevaid, inimese arengu vajadustest lähtuvaid ja sõnastatud terviklikke programme. Sageli on kompleksitel, erinevaid valdkondi haaravatel programmidel ka integreeritud rahastus (nt sotsiaalkindlustus-, tööhõive-, ravi- ja haridussüsteemist), mida peetakse otstarbekaks just rehabilitatsiooniteenuste puhul, kuna valdkond on kompleksne ja erinevaid süsteeme siduv. (Sotsiaalministeerium, 2009)

Rehabilitatsiooniprogramm on isiku rehabilitatsiooniks vajalikke kompleksseid tegevusi sisaldav sekkumine, millel on konkreetselt sõnastatud eesmärk, kindlaks määratud ajaperiood, mille vältel pakutakse aktiivselt arendavaid ja rehabiliteerivaid tegevusi. (Sotsiaalministeerium, 2009)

Programm on eelnevalt välja töötatud nn teenuste pakett ühele konkreetsele sihtgrupile, ühel kindlal eesmärgil, teaduspõhine, ajaliselt piiritletud. (Palmet, 2014)

Rehabilitatsiooniprogramm on teenuste osutamise süstematiseeritud ja organiseeritud vorm

- mille tulemuseks on konkreetse eesmärgi saavutamine lähtuvalt inimese rehabilitatsioonieesmärgist (eesmärkidest) ja arengu vajadustest
- milles sisalduvad arendavate ning rehabiliteerivate tegevuste integreeritud elemendid
- milles on võimalikult maksimaalselt arvestatud isiku individuaalset eripära, ealisi eesmärke ning konkreetse puudeliigi spetsiifikat.

Rehabilitatsiooniprogrammid võivad olla:

#### 1. Üldise eesmärgi ehk laiema eluvaldkonna põhised programmid

Programmi üldeesmärk laiem, tegevused/meetmed seotud mitmete oskuste ja ressursside arendamisega

- Töö valdkonnaga seotud programmid, mis on suunatud tööellu reintegreerumisele, sobiva töö valimisele, saamisele ja säilitamisele.
- Elamisevaldkonnaga seotud programmid, mis on suunatud kogukonda reintegreerumisele, võimalikult iseseisvalt elama õppimisele ja igapäevaeluga toimetulekule.
- Õppimise valdkonnaga seotud programmid, mis on suunatud üldharidusse integreerumisele, inimese erialasele ja huvialasele arengule (kutseõpe, ümberõpe, vabahariduslikud programmid).

- Suhtlemise- ja vaba aja valdkonnaga seotud programmid, mis on suunatud sotsiaalsusele ning aktiivsusele, suhete arendamisele.

## 2. Kitsama alaeesmärgi või sihtgrupi põhised programmid

Suunatud ühe või mitme funktsiooni või oskuse, ressursi või toetuse arendamisele, nt. kommunikatsioon, mootorika, orientatsioon, sotsiaalsed oskused, igapäevaeluks vajalikud praktilised oskused, haigusega toimetuleku oskused jms.

- Perede psühhosotsiaalne toetus, koolitus ja nõustamine
- Suunatud muutuseks valmisoleku ja motivatsiooni arendamisele, psühhosotsiaalne toetus ja eneseabi
- Suunatud keskkonna arendamisele ja kohandamisele, abivahendi kohandamisele ja abivahendi kasutamise õpetamisele ja kasutamisega kohanemisele.

## 3. Diagnoosipõhised või toimetulekupiirajast või sihtgrupist lähtuvalt sõnastatud programmid:

Nt Insuldi programm või peaaegu trauma järgne rehabilitatsiooniprogramm, mis võis sisaldada: enesehooldusoskusi, põie- ja soole kontrolli, kõne-, keele- ja kognitiivseid funktsioone, vaba aja tegevused jm oskusi ja valdkondi, mida konkreetse inimese puhul on vajalik arendada.

- Laste sihtgrupile suunatud programmid
- Puudega isiku perele suunatud programmid

Programmid võivad olla kohandatud individuaalseks ja/või grupiviisiliseks sekkumiseks. Individuaalne programm on kompleksne sekkumine, mis koostatakse konkreetsele isikule tema rehabilitatsiooni eesmärgist ja vajadustest lähtuvalt. Individuaalne rehabilitatsiooniprogramm lähtub ealistest eesmärkidest ja vajadustest, puude spetsiifikast, diagnoosist ja toimetulekupiirajatest, mis on kohandatud konkreetse isiku soovidele ja vajadustele ning üldisele rehabilitatsiooni eesmärgile.

Grupiõppeprogramm lähtub samuti ealistest eesmärkidest ja vajadustest, puude spetsiifikast, diagnoosist ja toimetulekupiirajatest, kuid mille eesmärk lisaks vajalike oskuste ja ressursside arendamisele on ka omavahelise toe ja kogemuse jagamine. (Sotsiaalministeerium, 2009)



Sekkumiste planeerimisel tuleb lähtuda rehabilitatsiooni eesmärgist, sihtgrupist ja puudespetsiifikast. Oluline on arvestada diagnoosi, toimetulekupiirajaid ja isiku sobivust gruppi.

## **1.5.Rehabilitatsiooniprogrammide piloteerimine Eestis**

Rehabilitatsiooniprogramme on Eestis väljatöötatud ja katsetatud kolme Euroopa Sotsiaalfondist rahastatava projekti käigus – „Rehabilitatsiooniteenuse programmipõhise lähenemise piloteerimine ja reaalse süsteemi kujundamine“ . Projektide käigus on formuleeritud rehabilitatsiooniprogrammi mõiste – selle kohaselt on rehabilitatsiooniprogramm kindla eesmärgiga struktureeritud ja planeeritud rehabiliteeritavate tegevuste kogum, mida osutatakse eelnevalt moodustatud kindlate erivajadustega inimeste grupele ettemääratud perioodi jooksul. Rehabilitatsiooniprogramm võib olla suunatud kas inimeste tööle saamisele, õppima asumisele, elukorralduse muutmisele või muutusteks valmisoleku ja motivatsiooni arendamisele. Rehabilitatsiooniprogrammis on kombineeritud individuaalsed ja grupiviisilised tegevused. (Roosimaa, 2012)

Aastatel 2009 – 2013 on piloteeritud järgmiseid rehabilitatsiooniprogramme: (2009) 7 programmi, „Töölesaamist toetavate rehabilitatsiooniprogrammide pakkumine 2010-2011“ 16 programmi ja „Töölesaamist toetavate rehabilitatsiooniprogrammide pakkumine“ 2012- 2013 12 programmi. Projektid on üks osa meetmest 1.3.3 „Töölesaamist toetavad hoolekandemeetmed“, mida viib ellu Sotsiaalministeeriumi hoolekande osakond. Projektide koordinaatoriks on olnud Astangu Kutserehabilitatsioonikeskus. (Roosimaa, 2014)

Rehabilitatsiooniprogramme on koostatud erinevatele sihtrühmadele. Liikumispuudega inimestele on koostanud programmi MTÜ Diana Arenduskeskus, Adeli Eesti OÜ, Tervise Abi OÜ, ja Haapsalu Neuroloogiline Rehabilitatsioonikeskus. Haapsalu Neuroloogiline Rehabilitatsioonikeskus on pakkunud kahel korral programmi „Seljaajukahjustusega inimesed tööturule“ ja ühel korral „Rehabilitatsiooniprogramm tööealisele seljaajukahjustusega inimesele“. Programmide eesmärgiks oli pakkuda kvaliteetset ja efektiivset meeskonnapõhist lähenemist, toetades seljaajukahjustusega

inimeste võimalikult iseseisvat hakkamasaamist igapäevaelus töökoha leidmise või olemasoleva töökoha säilitamise kaudu. (Sotsiaalkindlustusamet, 2014)

Adeli Eesti OÜ programmi „Liikumispuudega inimese töövõime toetamine“ oli mõeldud inimestele, kes on kaotanud liikumisvõime trauma või haiguse tagajärjel. Programmi eesmärgiks oli rakendada liikumispuudega kliendi tööeeldusi nii palju kui võimalik. Nõustada klienti töö valikul, hinnata tema füüsilist sooritusvõimet konkreetse töö kontekstis ning toetada praktikat töökohal. (Roosimaa, Töölesaamist toetavad rehabilitatsiooniprogrammid, 2011)

Tervise Abi Oü pakkus programmi „Liikumispuudega inimeste terviseriskide maandamine töövõimet toetava meetmena“. Programmi missiooniks on raske ja sügava liikumispuudega inimeste terviseseisundi parandamine/säilitamine ennetavate meetmete kaudu tagada töö säilimine või siirdumine tööturu teenustele. (Roosimaa, Töölesaamist toetavad rehabilitatsiooniprogrammid, 2011)

Lisaks liikumispuudega inimeste programmidele, on osutatud mitmeid programme psüühilise erivajadustega isikutele. Kolme programmi on pakkunud SA Tartu Vaimse Tervise Hooldekeskus, kahte programmi Tallinna Vaimse Tervise Hooldekeskus. Lisaks on psüühilise erivajadusega isikutele on pakkunud programme Astangu Kutserehabilitatsioonikeskus, Ambromed Grupp ja MTÜ Lõuna-Eesti Erihooldusteenuste Keskus.

Tartu Vaimse Tervise Hoolduskeskuse programm „Minu võimalused tööturul“ oli mõeldud tööealistele psüühikahäirega isikutele, kes olid huvitatud tööturule naasmisest. Projekti põhieesmärgiks oli välja töötada kontseptsioon, kuidas hinnata ja arendada erivajadustega inimeste töövõimet. Rakendada antud kontseptsiooni Tartus ja Haaslava vallas ning peale töövõime hindamist toetada erivajadustega inimeste tööle asumist välja töötatud metoodika alusel. Kaks Tartu Vaimse Tervise Hooldekeskuse programmi „Interaktiivselt tööturule“ ja „Interaktiivselt tööturule 2“ sihtrühmaks olid psüühikahäirega isikud, kellele oli määratud puude raskusaste ja töövõimekaotuse protsent. Eesmärk on toetada osalejate tööle asumist tööotsimise arendamise kaudu. (Roosimaa, 2011)

Tallinna Vaimse Tervise keskus on välja töötanud kaks programmi. Esimene „Soovist eesmärgini,, ja teine “Psüühilise erivajadusega inimeste tööle saamist ja tööl püsimist toetav programm“

Astangu Kutserehabilitatsioonikeskuse poolt on välja töötatud programm „Autismiga inimeste tugirühm“, Ambromed Grupp on koostanud programmi „Söömishäiretega patsientide ja söömishäiretega kaasuvate tervislike seisundite rehabilitatsiooniprogramm“.

Somaatilise haigusega klientidele on edukalt programme arendanud Keila Taastusravikeskuse AS, Põlva Haigla, MTÜ Kambja Tervisekeskus ja OÜ Activitas. Keila Taastusravikeskuses on kokku rehabilitatsiooniprogramme läbi viidud neljal korral. Kahel korral rehabilitatsiooniprogrammi „Südamega edukalt tööle tagasi“, mis on südame-veresoonkonna haigusi põdevate klientide teadlikkuse tõstmise programm. Programm „Insuldi järel tööle tagasi“ mõte oli olla kliendile hea partner elukvaliteedi tõstmisel töölase rehabilitatsiooni kaudu. Programmi „Neuroloogilise haigusega tööle saamise toetamine“ eesmärgiks on aidata neuroloogilise haigus läbi põdenud tööelisel inimesel edukalt tööturule naasta. Sihtrühma vanuseks on 16-65 aastat. Programmi võivad siseneda nii äsja kui ka aastaid tagasi neuroloogilise haiguse läbi põdenud inimesed. Oluline on piisav motiveeritus ja kognitiivne võimekus naasmaks avatud tööturule. (Roosimaa, 2011)

Põlva Haigla programm „Elu koos valuga“ sobib klientidele, kellel on krooniline valu. Klient oli tööeline ja kroonilise valu tõttu esinesid tal piirangud töös, igapäevaelus ja vaba aja veetmisel. Oluline oli, et kliendil oli motivatsioon programmis osaleda. Teine Põlva haigla programm „Töös ja elus edasi“ - oli Parkinsoni haigusega inimeste töö säilitamise ja tööle saamist toetav programm.

Meelepuudega inimestele on pakkunud rehabilitatsiooniprogramme Eesti Vaegkuuljate Liit ja MTÜ Nägemispuudega Inimeste Rehabilitaerimiskeskus.

Vaimupuudega inimestele on pakkunud rehabilitatsiooniprogramme Põlva Haigla ja SA Maarja Küla. Põlva Haigla programm „Iseseisvama elu poole“ sihtrühma kuulusid

tööealised kerge või mõõduka vaimupuudega isikud, kellel esineb toimetulekuraskusi ja kes vajavad igapäevastes toimingutes kõrvalist abi ja/või juhendamist. Maarja Külas ellu viidud rehabilitatsiooniprogramm “Eelduste loomine, toetamaks erivajadustega tööealiste noorte tööturule sisenemiste ja ühiskonda integreeritust” hõlmas intellektipuude ja pervasiivsete arenguhäiretega ning nendega kaasuvate liitpuudega noori, kes on omandanud põhi- või kutsehariduse. Programmi üks eesmärkidest oli proovida välja selgitada intellektipuudega noorte tulevikuperspektiivid ja nende potentsiaal siirduda tööturule. Teiseks eesmärgiks oli hoida või taasluua kliendi ümber toetav võrgustik, mis kooli lõpetamise järel oli kadunud. (Roosimaa, Töölesaamist toetavad rehabilitatsiooniprogrammid, 2011).

Kokkuvõttes on piloteeritud erinevate valdkondade programme ja saadud tagasisidet programmi edukuse aga ka nõrkuste kohta. Asutused on saanud nende programmide osutamise käigus väga palju kasulikke kogemusi, mida saavad oma edasises töös rakendada. Rehabilitatsiooniprogrammise osutamise kogemus näitab nende kõrgemat tulemuslikkust võrreldes üksikteenustega. Oluline on mitte kohandada isikut programmiga, vaid programmi tegevusi isiku vajadustega.

Rehabilitatsiooniprogrammide arendamine jätkub ka 2015. aastal, mil Astangu Kutser rehabilitatsioonikeskus alustab kompleksete programmide arendamist erivajadusega lastele ja eakatele ning töötab välja kaks rehabilitatsiooniprogrammi vähenenud töövõimega tööealistele – töökohapõhine rehabilitatsiooniprogramm ning toetusprogramm erivajadusega noortele kutseõppest tööturule sisenemiseks. Projektide osutamise kogemus on võimaldanud anda sisendit seadusandluse täiendamiseks – väljatöötamisel on programmide koostamise vorm ning programmide kinnitamise kord, samuti pakutakse nõustamist rehabilitatsiooniteenuseosutajatele, kes on huvitatud programmi väljatöötamisest.

## **2. UURIMUS REHABILITATSIOONIASUTUSTE TAJUTUD VALMISOLEKUST PROGRAMMIPÕHISE TEENUSE OSUTAMISEKS**

Käesolevas peatükis antakse ülevaade uurimiseesmärgist, püstitatud uurimisküsimustest ja uurimismeetodist, tutvustatakse valimit, kirjeldatakse uurimisprotsessi läbiviimist, analüüsitakse andmeid ja antakse ülevaade saadud tulemustest. Uurimistulemuste põhjal teeb töö autor omapoolsed ettepanekud.

### **2.1. Uurimuse eesmärk ja uurimisküsimused**

Uurimuse eesmärgiks on analüüsida rehabilitatsiooniasutuste valmisolekut programmipõhiseks rehabilitatsiooniteenuse osutamiseks. Eesmärgi täitmiseks püstitati järgmised uurimisküsimused:

1. Kui kaua on asutus tegutsenud rehabilitatsiooniasutusena ja kui suur on asutuse aastane klientuur?
2. Kui suur on asutuse rehabilitatsioonimeeskond, millised spetsialistid selle moodustavad ning kas nad on läbinud rehabilitatsioonialase (täiend)koolituse?
3. Milline on spetsialistide lepinguline töösuhe rehabilitatsiooniasutustega?
4. Millised on asutuse kogemused programmide osutamises?
5. Milline on rehabilitatsioonimeeskonna valmisolek osutada rehabilitatsiooniprogramme, millisele sihtgrupile ja milliseid programme?
6. Milliseid koolitusi vajaks rehabilitatsioonimeeskond?
7. Milline on meeskonna võimekus osutada samaaegselt nii programme kui üksikteenuseid?

## 2.2. Uurimusemeetodid, valim ja läbiviimine

Lõputöö empiiriline osa viidi läbi kvantitatiivsel uurimismeetodil, mille eesmärgiks oli saada statistiliselt usaldusväärseid andmeid järelduste tegemiseks.

Küsimustiku koostamisel lähtuti uurimuse eesmärgist, teoreetilistest seisukohtadest ja küsitlusele püstitatud ülesannetest. Struktureeritud ankeetküsimustik koosnes 19 erinevast küsimusest, mis jagunesid kahte suurde ossa. Esimese osa moodustasid üldandmed rehabilitatsiooniasutuse kohta ja teises osas uuritati rehabilitatsiooniasutuse kogemust ja perspektiive rehabilitatsiooniprogrammide osutamisel. Küsitlus sisaldas peamiselt valikvastustega ja skaaladel põhinevat küsimustüüpe. Mõnede küsimuste puhul oli võimalik kirjutada ise sobiv vastus etteantud lahtrisse. Skaalal oli võimalik hinnata väiteid viiepallisüsteemis, kus üks tähistas, et üldse ei olda valmis ja viis, et ollakse väga valmis. Andmed on kogutud *Lime Survey* keskkonna vahendusel.

Uuring viidi läbi neljas etapis:

- 1) uurimisküsimuse püstitamine, valimi määratlemine;
- 2) küsitluse kavandamine, ankeedi koostamine ja küsitluskeskkonda sisestamine;
- 3) uuringu läbiviimine;
- 4) kogutud andmete süstematiseerimine ja sisestamine andmetöötlusprogrammi Microsoft Excel, andmete töötlemine, analüüsimine ja järelduste tegemine.

Valimi moodustasid rehabilitatsiooniasutused, kellega Sotsiaalkindlustusametil on sõlmitud haldusleping ja nad on registreeritud Majandustegevuseregistris rehabilitatsiooniteenuse osutajana. 17. veebruari 2015. seisuga oli registreeritud 124 asutust. Kõikidele asutustele saadeti koos pöördumisega elektronkiri ankeedi lingiga, kus paluti vastata ankeedile. Kuna esimesel nädalal laekus väga vähe vastuseid, siis saadeti asutustele uus kiri palvega ankeedile vastata. Kahjuks ei suurendanud ka see oluliselt vastajate arvu. Aprilli algul otsustati otsekontaktide kasuks ja helistati meeskonna juhtidele ning uuriti asutuse huvi uuringus osaleda. Enamus, kellele helistati, andis nõusoleku osaleda, kuid kahjuks kõik, kes lubasid siiski ankeeti ei täitnud. Helistamise käigus selgus ka, et kõik Majandustegevuse registrisse kantud asutused ei tegutse enam rehabilitatsiooniteenuse osutajana. Kokku helistati 35 asutuse

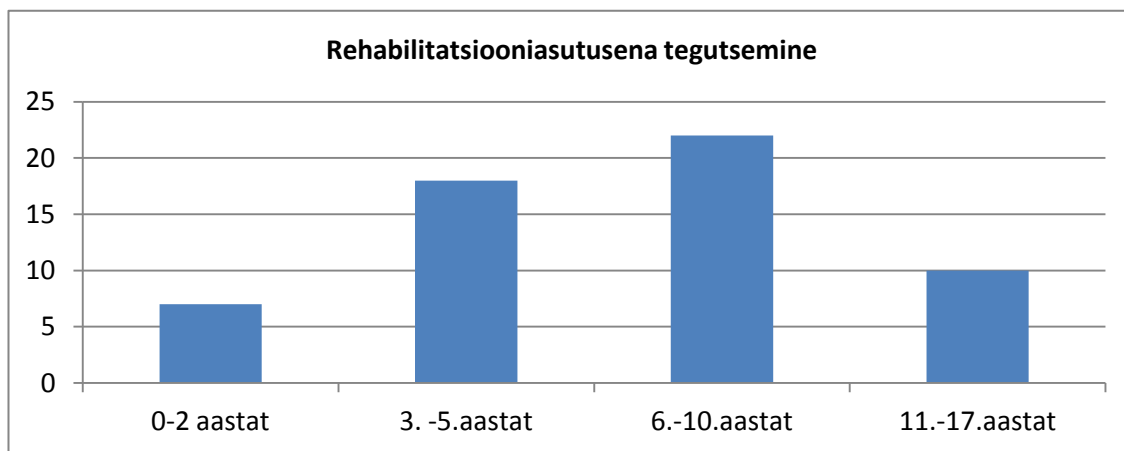
meeskonnajuhile või kontaktisikule, kelle telefoninumber oli Majandustegevusregistris. Kaks päeva enne tähtaja saabumist saadeti viimane märgukiri. Kokkuvõttes laekus 57 ankeeti. Andmete kogumine toimus ajavahemikul 16. märts - 17.aprill 2015.

## 2.3.Tulemuste analüüs

Antud peatükis analüüsitakse ja esitatakse töö käigus kogutud andmed teemade lõikes. Nendeks on rehabilitatsiooniasutusena tegutsemise aeg ja klientuur, ülevaade rehabilitatsioonimeeskonna spetsialistidest ja (täiend)koolituse läbimine, asutuste valmisolek osutada rehabilitatsiooniprogramme ja üksikteenuseid ning asutuste koolitusvajadus.

### 2.3.1. Rehabilitatsiooniasutusena tegutsemine ja klientuur

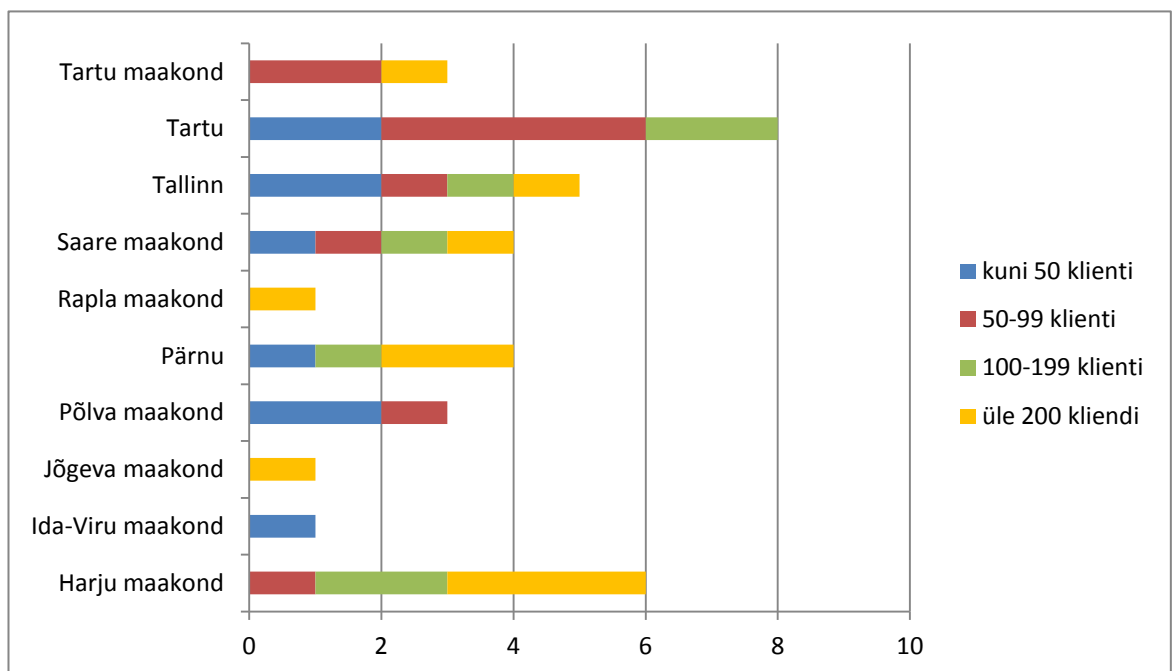
Käesoleva töö valimi moodustasid 57 rehabilitatsiooniasutust. Järgnev joonis annab ülevaate ankeedile vastanud asutuste jaotusest tegutsemise aja järgi.



**Joonis 2.** Rehabilitatsiooniasutusena tegutsemise aeg aastates (autori koostatud)

Ankeedile vastanute seas oli nii neid asutusi, kes alles käesoleval aastal alustavad teenuse osutamisega, kui ka neid, kes on juba tegutsenud 17 aastat rehabilitatsiooniasutusena. 7 asutust olid alustavad asutused ja tegutsenud kuni kaks aastat, 17 asutust on tegutsenud kolm kuni viis aastat, 23 asutust on tegutsenud kuus kuni kümme aastat ja 10 asutust on tegutsenud kauem kui kümme aastat.

Piirkonniti olid esindatud kõige suurema vastajate arvuga Tartu, Tallinn, Harjumaa, Põlvamaa ja Pärnu. Joonis 3 kajastab ankeetküsitlusele vastanud asutuste paiknemist piirkonniti. Analüüsides ankeedile vastanute tegutsemist rehabilitatsiooniasutusena jagati asutused nelja suurde rühma – väiksed asutused, kes teenindasid aastas kuni 50 klienti, keskmised asutused, kes teenindasid aastas 50-99 klienti, suured asutused 100-199 klienti aastas ja väga suured asutused üle 200 klienti aastas. Väikeseid ja keskmisi asutusi oli võrdselt 16, suuri asutusi oli 12 ja väga suuri 13 asutust.



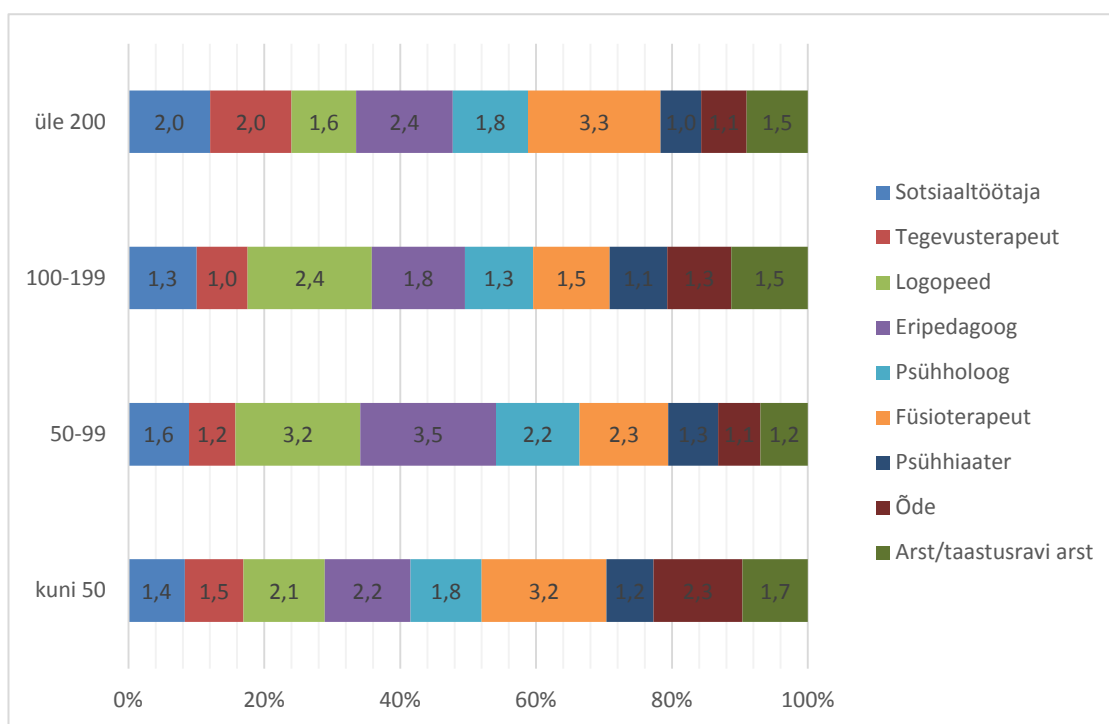
**Joonis 3.** Uuringus osalenud rehabilitatsiooniasutuste jaotus klientide arvu järgi aastas ja piirkonniti (autori koostatud).

Toetudes Majandustegevuseregistri andmetele on suur osa rehabilitatsiooniteenuse osutajad kahes suuremas Eesti linnas või sellega piirnevas maakonnas: Tallinnas ja Harjumaal tegutseb 40 rehabilitatsiooniasutust, Tartus ja Tartumaal 32 asutust. Maakondadest järgnevad Ida-Virumaa 12 asutusega, Põlva ja Saare maakonnas tegutseb kummaski 7 asutust. Hiiumaal ei ole ühtegi asutust, teenus on vähem kätte saadavam Läänemaal, kus on üks asutus ja Rapla- ning Jõgevamaal mõlemas kaks asutust. Kolm asutust on Järva, Viljandi ja Valga maakonnas. Neli asutust tegutseb Lääne-Viru maakonnas ja viis asutust Pärnu linnas ja Võru maakonnas.



### 2.3.2.Rehabilitatsioonimeeskonna spetsialistid

Rehabilitatsioonimeeskonna moodustamiseks on vajalik minimaalselt viis spetsialisti, küsitluses osalenud meeskondadest oligi kõige väiksem meeskond esindatud viie spetsialistiga ja kõige suuremas meeskonnas oli 45 spetsialisti. Järgneval joonisel on välja toodud kui mitu spetsialisti on keskmiselt meeskonnas. Võrdluse aluseks on võetud aastas teenusel viibivate klientide arv.

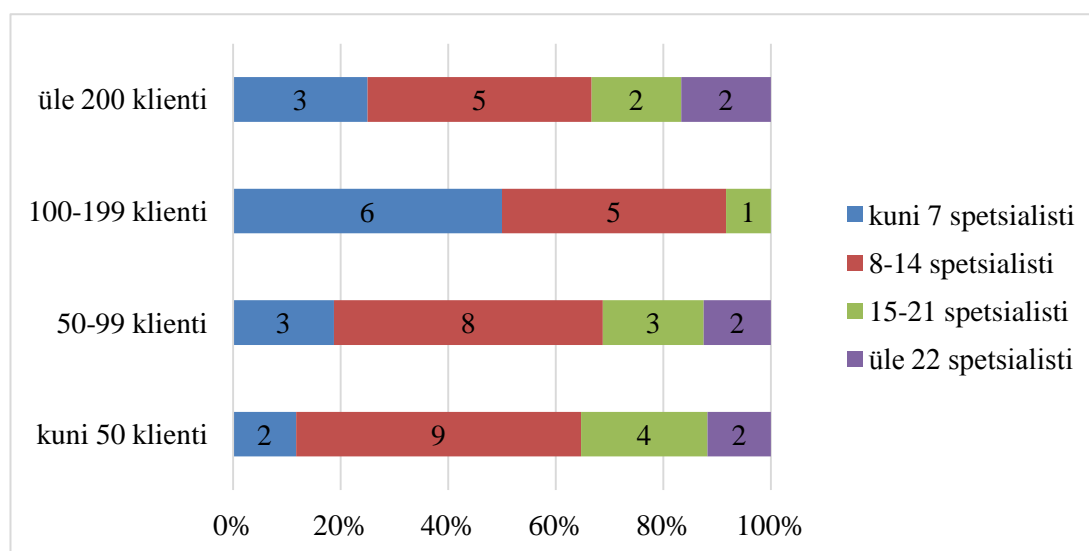


**Joonis 4.** Keskmine spetsialistide arv rehabilitatsioonimeeskonnas võttes aluseks meeskonna suuruse lähtudes klientide arvust aastas (autori koostatud).

Kõige rohkem on rehabilitatsioonimeeskondades füsioterapeute, keda oli vastanud meeskondades kokku 137, järgnesid eripedagoogid 130 ja logopeedid 110. Psühholooge oli kokku 97, sotsiaaltöötajaid 90. Meditsiinisektori spetsialistidest oli õdesid 57, taastusraviarste 53 ja psühhiaatreid 31. Tegevusterapeute oli kokku 45, sellest võib järeldada, et igas meeskonnas ei ole tegevusterapeuti, kes on tegelikult igapäevase toimetulekuõpetamisel väga oluline spetsialist.

Väikeste ja väga suurte meeskondade puhul on meeskonda kaasatud kõige rohkem füsioterapeute ja eripedagooge. Keskmiste meeskondade puhul on suures ülekaalus eripedagoogid ja logopeedid. Suurte meeskondade puhul on samuti ülekaalus logopeedid ja eripedagoogid.

Järgnev joonis annab ülevaate rehabilitatsioonimeeskonna spetsialistide suurusest ühes rehabilitatsioonimeeskonnas.



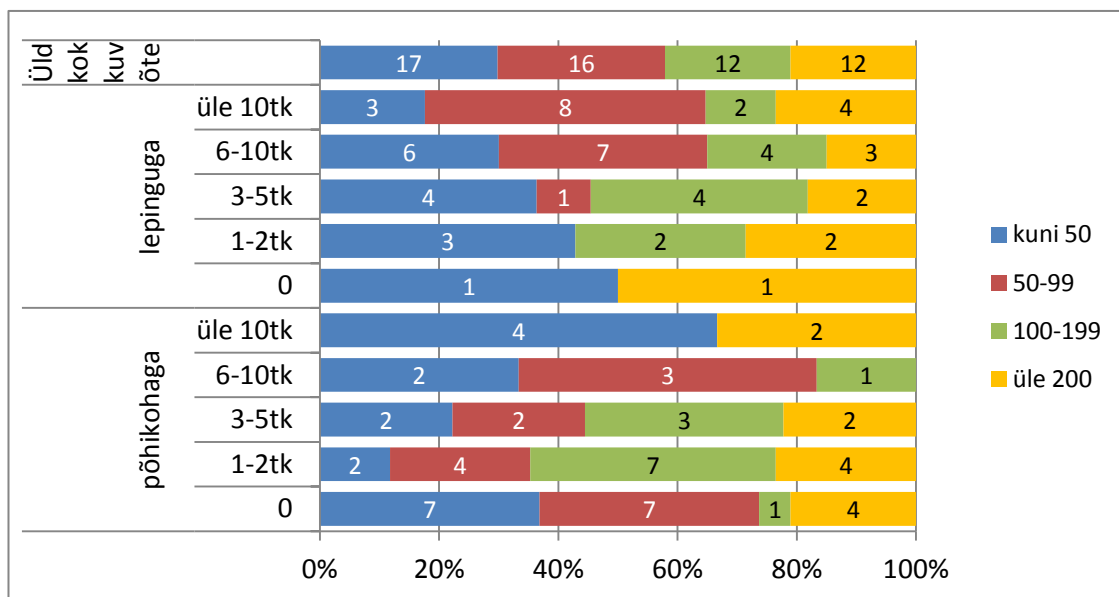
**Joonis 5.** Spetsialistide arv meeskondades lõikes (autori koostatud).

Meeskonnaliikmete arvu võrdlemine näitab, et enamus väikesed ja keskmised meeskonnad koosnevad 8-14 spetsialistist. Keskmiste meeskondade seas on kuuel meeskonnal ainult seitse spetsialisti ja viiel meeskonnal 8-14 spetsialisti. Uurides lähemalt selgub, et nendes meeskondades napib tegevusterapeute, keda on ainult kahes meeskonnas kaks ja logopeede, keda on samuti kahes meeskonnas, kuid viis. Keskmiste meeskondade seas ei ole ühtegi asutust, kus oleks rohkem kui 22 spetsialisti. Väga suurte asutuste puhul saadakse kolmes meeskonnas hakkama seitsme spetsialistiga ja samuti kolmes meeskonnas on üle 22 spetsialisti.

### 2.3.3. Rehabilitatsioonimeeskonna spetsialistide töösuhted

Järgnevalt vaadatakse meeskondade spetsialistide lepingulisi töösuhteid. Uuriti kui palju on meeskondades põhikohaga töötavaid spetsialiste ja kui palju töötab võlaõigusliku (nt

töövõtulepingu või mõne muu lepingu) alusel. Järgnev joonis annab ülevaate spetsialistide töösuhetest.



**Joonis 6.** Rehabilitatsioonimeeskonna spetsialistide töösuhted (autori koostatud)

Väikeste asutuste puhul on väga palju (üle 10) põhikohaga töötajaid. Üks põhjendus võib olla see, et väikeste asutuste seas on väga palju haridusasutusi, kus spetsialistid töötavad nii koolis kui ka rehabilitatsioonimeeskonnas. Samuti on üle 10 põhikohaga töötaja väga suurtes meeskondades, mis on põhjendatud suure klientide arvuga. Üllatav tulemus on, et 19 meeskonnas ei ole ühtegi põhikohaga spetsialisti. See tähendab, et kõigi nende meeskondade spetsialistidel on põhitöö mõnes teises asutuses ja rehabilitatsiooniteenuse osutamine on nende jaoks teise järguline. Kui väikeste meeskondade puhul kellel on alla 50 kliendi aastas võib sellest veel aru saada, siis suurte meeskondade puhul on küsitav, kuidas nad oma töö korraldamisega toime tulevad. Küsitlusest selgub ka, et ainult kahes asutuses ei ole ühtegi lepingulist töötajat ja kõik töötajad on põhikohaga. Kõige rohkem lepinguga töötajaid on meeskondades, kes teenindavad aastas 50-99 klienti.

01.01.2016 rakenduv Sotsiaalhoolekande seadus toob kaasa nõude, et igas meeskonnas peab vähemalt üks spetsialist olema läbinud 160 tunnise rehabilitatsioonivaldkonna koolituse. Üheksal meeskonnal ei ole hetke seisuga ühtegi spetsialisti, kes oleks läbinud

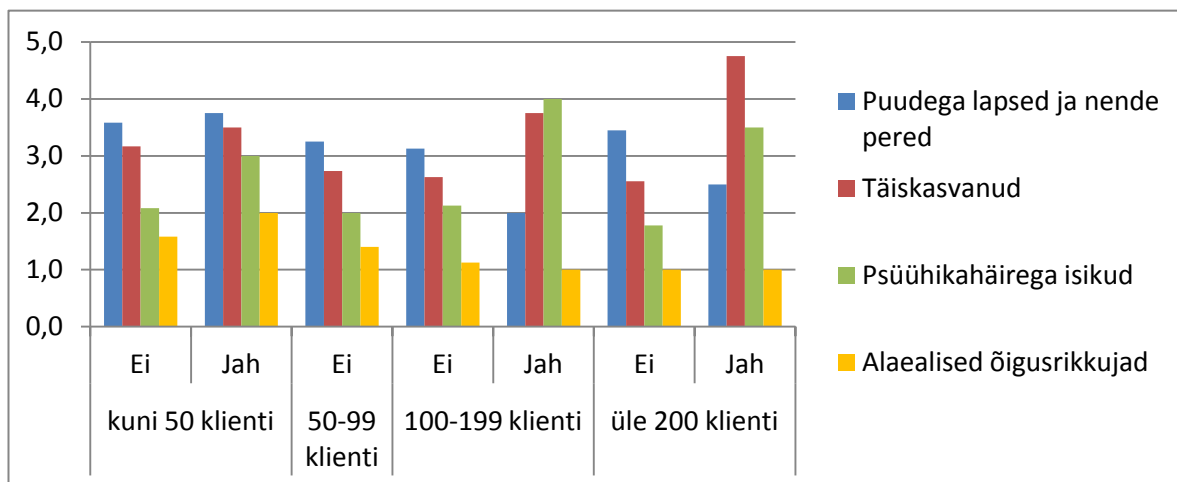
vastava valdkonna koolituse, 14 meeskonnal on kas üks või kaks meeskonna liiget läbinud koolituse ja seitsmel meeskonnal on vastava koolituse läbinud kümme ja enam spetsialisti.

#### 2.3.4. Rehabilitatsiooniasutuste kogemused programmide osutamisel

Ankeedile vastanud 57 asutusest on rehabilitatsiooniprogramme pakutud 12 asutuses. Kõik programmid on suunatud tööealistele täiskasvanutele. Programmide koordinaatoriks oli Astangu Kutser rehabilitatsioonikeskus ja programme rahastati Euroopa Sotsiaalfondi raamprogrammi "Töölesaamist toetavad hoolekandemeetmed 2012-2013" alapunkti 3.2. Töölesaamist toetavate rehabilitatsiooniprogrammide pakkumine raames. Projekti eesmärk oli välja töötada ja osutada tööle saamist toetavaid rehabilitatsiooniprogramme, läbi mille toetatakse tõenduspõhiste rehabilitatsioonimetoodikate arengut programmpõhise rehabilitatsiooniteenuse osutamisel. Programmide pakkumine toimus Tartus, Tallinnas, Põlva- ja Võrumaal.

#### 2.3.5. Rehabilitatsiooniasutuste tajutud valmisolek programmide osutamiseks

Rehabilitatsiooniasutuste valmisoleku hindamisel on aluseks võetud klientide arv aastas ja varasem programmi osutamise kogemus.

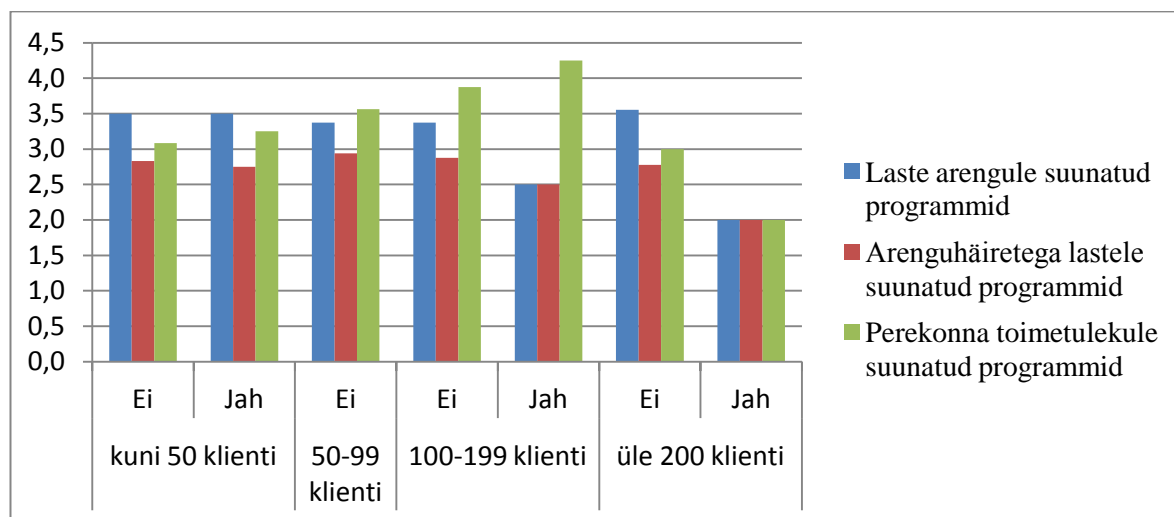


**Joonis 7.** Rehabilitatsiooniasutuste valmisoleku hindamine 5-palli skaalal. (autori koostatud).

Rehabilitatsiooniasutuste valmisolekut programmide osutamisel hindas ainult ühe asutuse meeskond ennast täiesti valmis olevaks ja ei vajanud lisakoolitust. 13 meeskonda oli arvamusel, et meeskond on valmis, kuid vajab vähest koolitust. 32 meeskonda olid valmis, kuid vajasisid täiendkoolitust ja 11 meeskonda ei ole valmis programme osutama. Programmi osutamise kogemust omavatel meeskondadel on valmisolek tunduvalt kõrgem kui neil, kes programme osutanud ei ole.

Väga suured asutused, kus on varem piloteeritud täiskasvanute tööealiste isikute rehabilitatsiooniprogramme on väga kõrge valmisolekuga 4,8 palli ning mida väiksem on asutus, seda väiksem on valmisolek. Sama võib täheldada ka psüühikahäiretega isikute programmide puhul. Asutuste osas, kus varem täiskasvanute tööealiste isikute programme pole rakendatud on suund vastupidine, mida väiksem on asutus, seda suurem on valmisolek. Näiteks väikeste asutuste puhul 3,2 palli, suurte asutuste puhul 2,1 palli. Psüühikahäiretega isikute puhul vastavad näitajad väikeste asutuste puhul 2,1 palli ja väga suurte asutuste puhul 1,8 palli.

Järgnevalt vaadatakse ainult laste sihtgrupile suunatud programmide osutamise valmisolekut.



**Joonis 8.** Laste sihtgrupile suunatud programmide osutamise valmisoleku võrdlus kogemust omavate ja mitteomavate asutuste vahel (autori koostatud).

Lastele programmide pakkumisel ei ole valmisoleku mõistes suurt erinevust, kas varasem programmide osutamise kogemus on olemas või ei. Suured ja väga suured

asutused, kus on varasem täiskasvanud tööealiste isikute programmiosutamise kogemus, on lastele programmide osutamises väiksemas valmisolekus, kui need asutused, kus varasem kogemus puudub.

Võrreldes laste sihtgrupile suunatud programme on kõige suurem valmisolek perekonna toimetulekule suunatud programmide osas, järgneb laste arengule suunatud programmide pakkumine ja kõige vähem valmis ollakse arenguhäiretega lastele programmide pakkumiseks. Keskmisi näitajaid võrreldes kõiguvad erinevusenäitajad 2,7-3,5 vahel. Erandiks on perekonna toimetulekule suunatud programmide pakkumine keskmise suurusega asutuste poolt, kus keskmine näitaja on 4,3.

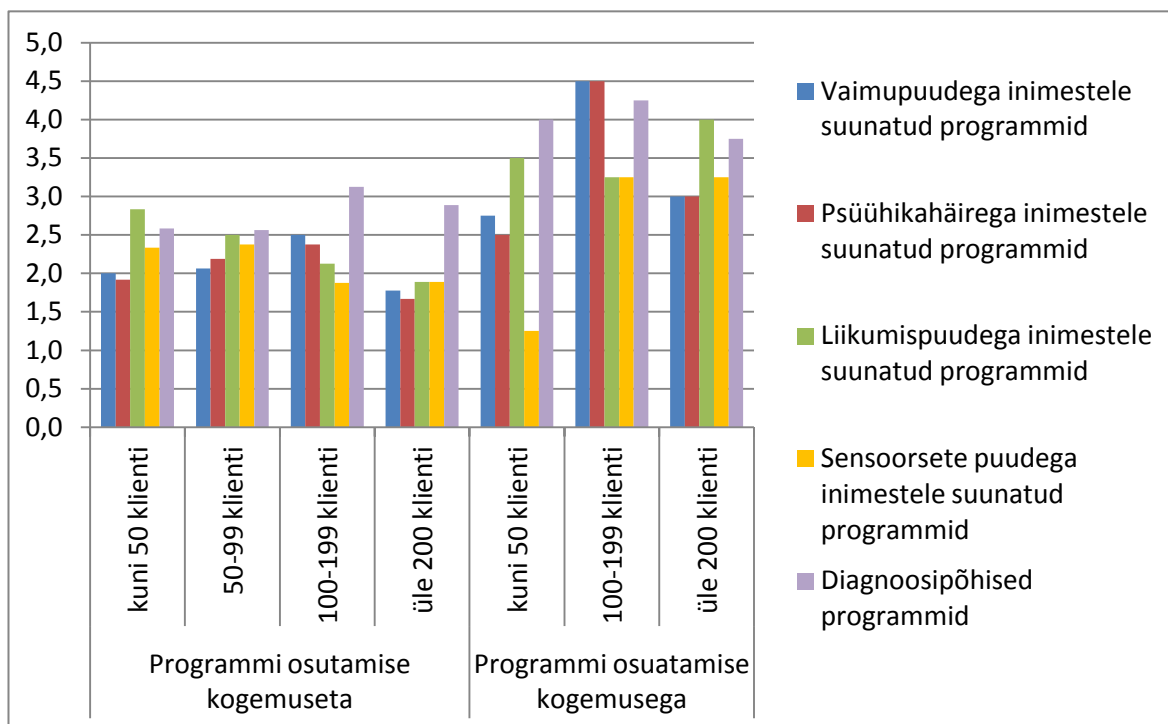
Laste arengule suunatud programme ollakse 35 asutuse poolt valmis korraga pakkuma kuni 20 kliendile. Kaks asutust on valmis pakkuma individuaalprogrammi, 10 asutust sooviksid programmi pakkuda 3-5 kliendile, 17 asutust 6-10 kliendile ja kuus asutust on valmis korraga programmi võtma 15-20 klienti. Viimase kuue asutuse puhul on tegemist keskmisest suuremate meeskondadega, kus meeskonnaliikmeid neljal juhul 8-14, ühel meeskonnal 15-21 ja ühel meeskonnal üle 22 liikme.

Arenguhäiretega lastele on valmis programme pakkuma 29 asutust, neist 12 asutust on valmis korraga programmi võtma kuni 5 klienti. 10 asutust on valmisprogramme osutama korraga kuni 10 kliendile. Kahe asutuse programmis võiks korraga osaleda 15-16 klienti, kahel asutusel 20 klienti. Kolm asutust oleksid valmis osutama programme kui korraga osaleksid 30, 35 ja 50 klienti.

Perekonna toimetulekule suunatud programme on valmis osutama 32 asutust. Kuni 5 kliendiga programme on valmist osutama 12 asutust, enamuse nendest moodustavad väikesed ja keskmised asutused. 6-8 klienti peavad optimaalseks 8 asutust, asutuste lõikes siin erinevusi välja tuua ei saa. 10 kliendiga programmi on valmis läbi viima 6 asutust, mida ei saa eristada asutuste lõikes, küll aga on kõikides meeskondades 8-14 liiget. Samuti 6 asutusi sooviksid programmi võtta 12-30 klienti.

Täiskasvanud inimestele suunatud programmide osutamise valmisoleku hindamisel on kasutatud võrdlust programmide osutamise kogemusega asutuste ja kogemusteta

asutuste vahel. Programmi osutamise kogemustega asutuste seas puudus asutus, kus aastaks oleks olnud 50-99 klienti, seega ei kajastata seda sihtrühma diagrammil.



**Joonis 9.** Täisealistele suunatud programmide võrdlus keskmise näitaja alusel programmide kogemust omavate ja mitteomavate asutuste vahel (autori koostatud).

Selgelt väljendub nende asutuste kõrge valmisolek, kes on saanud programme piloteerida ja omavad reaalselt programmi osutamise kogemust. Kogemust omavate asutuste seas on asutusi, mis tegutsevad puudespetsiifiliselt ja omavad praktilise töö kogemust antud sihtrühmaga. Suurte asutuste puhul on väga kõrge (4,5 palli) valmisolek osutada psüühikahäirega ja vaimupuudega inimestele programme, kõrge valmisolek on osutada diagnoosipõhiseid programme. Keskmiseks võib hinnata sensoorse- ja liikumispuudega inimeste programmide osutamise valmisolekut. Võib märgata, et sensoorse puudega inimestele programmide osutamiseks on väikeste asutuste valmisolek väga tagasihoidlik, keskmiselt 1,3.

Kogemust mitteomavate asutuste seas võib märgata kõige ühtlasemat valmisolekut keskmise suurusega asutuste puhul, kus vastavad keskmised näitajad on 2,0-2,5 vahel. Suurte ja väga suurte asutuste puhul on märgata kõrgemat valmisolekut osutada

diagnoosipõhiseid programme. Väga suurte asutuste puhul on teiste programmide osutamine tunduvalt väiksema valmisolekuga jäädes keskmise tulemusega 1,7-1,9 vahele, mis on kogemust mitteomavate asutuste puhul kõige madalam näitaja.

Vaimupuudega inimestel suunatud programme on valmis osutama 20 asutust, nendest 9 asutust on valmis korraga programmi võtma kuni 5 inimest, silma torkab siin asjaolu, et programmi osutamise valmisolek on kõrge ainult kahel asutusel. 8 asutust on valmis vaimupuudega inimeste programmi tegema korraga 6-10 kliendile, nende hulgas on 5 asutust, kellel on varasem programmi osutamise kogemus olemas ja valmisolek väga kõrge. Kolm asutust on samuti väga kõrge valmisolekuga ja võimelised osutama programmi korraga 20-30 inimesele, nende hulgas ei ole ühtegi varasema programmi osutamise kogemusega asutust.

Psüühikahäiretega inimestel suunatud programme on valmis pakkuma 19 asutust, kellest 10 asutust on rehabilitatsiooniteenuseid pakkunud rohkem kui kuus aastat ja omavad seega head ettevalmistust antud valdkonnas. 11 asutust on valmis läbi viima programme, kus osaleb kuni 5 klienti ja 7 asutust on valmis programmi teostama, kui osalejaid on 6-10. Ainult üks asutus on võimeline korraga 20 psüühikahäirega kliendile programmi pakkuma.

Liikumispuudega inimeste programme on valmis läbi viima 23 asutust, neist 10 asutust sooviksid programmi läbi viia, kui kliente on korraga teenusel 4-5. 8 asutust on valmis programmideks 6-10 kliendiga ja 4 asutust on valmis võtma korraga programmi 20 klienti. Märkimist väärib, et need asutused, kes on valmis programmi võtma 20 liikumispuudega inimest ei osuta teisi tööealistele inimestele mõeldud programme.

Sensoorse puudega inimestele on valmis programme osutama 18 asutust, neist 11 on valmis korraga programmi osutama 3-5 inimesele. Vaadates nende asutuse valmisolekut, on ainult üks asutus hinnanud oma valmisolekut väga kõrgelt. Sensoorse puudega klientidele on valmis kolm asutust osutama programmi, kui klientide arv jääb 7-10 ja kolm asutust on valmis pakkuma programmi, kui klientide arv jääb 20-30 vahele. Üks asutus on valmis programmis korraga teenindama üle 30 kliendi. Nende



viimase seitsme asutuse puhul on ka märgitud programmi osutamise väga kõrget valmisolekut.

Diagnoosipõhiseid programme on valmis pakkuma 30 asutust. Kaheksa asutust soovisid osutada programmi, kui klientide arv jääb 3-5, asutuste valmisolekut hinnates võib täheldada, et nende asutuste valmisolek on keskmisest madalam. 18 asutust on valmis osutama diagnoosipõhist programmi, kui klientide arv jääb 6-10, nende asutuste valmisolek on kõrgem kui eelmiste asutuste oma. Nende asutuste hulka kuulub ka kuus asutust, kellel on varasem programmi osutamise kogemus olemas. Neli asutust on valmis pakkuma programme rohkem kui 15 inimesel korraga, nende asutuste valmisolek on väga kõrge ja neist kahel asutusel on varasem programmi osutamise kogemus.

Rehabilitatsiooniasutustelt uuriti, milline on nende valmis osutada samaaegselt osutada nii rehabilitatsiooniteenust kui programme. 49 asutust on valmis paralleelselt programmiga jätkama ka rehabilitatsiooni vajaduse hindamist, plaanide täitmise juhendamist ja tulemuste hindamist. Kaks asutust pole kindlad, kas nad on suutelised osutama nii programmi kui üksikteenuseid samaaegselt. Kolm asutust ei ole valmis osutama nii programme kui üksikteenuseid korraga ja kolm asutust on jätnud sellele küsimusele vastamata.

Teenuste lõikes ollakse ühtlaselt valmis osutama sotsiaaltöötaja, füsioterapeudi ja psühholoogi individuaalteenust, pisut vähem eripedagoogi ja logopeedi teenust. Tegevusterapeudi teenust ollakse valmis pakkuma ainult 30 asutuses, 14 asutust on kindlad, et neil ei ole võimalik osutada samaaegselt programmiga ka tegevusterapeudi teenust. Perenõustamiste puhul on teenuse osutajate arv paari asutuse võrra väiksem võrreldes individuaalteenusega. Kõige vähem ollakse valmis pakkuma logopeedi seanssi perele, mida suudakse pakkuda 37 asutust.

Eripedagoogi ja psühholoogi grupiteenuste puhul võib välja tuua, et enam vähem võrdselt oli neid, kes polnud kindlad või ei vastanud, vähem neid, kes ei olnud valmis teenust osutama. Tegevusterapeudi grupitööd ei ole valmis osutama 17 asutust. See näitab, et nenedest spetsialistidest on meeskondades kõige rohkem puudus.

Alljärgnev tabel 1 iseloomustab rehabilitatsiooniasutuste valmisoleku osutada samaaegselt nii rehabilitatsiooniprogramme kui teenuseid.

**Tabel 1.** Rehabilitatsiooniasutuste valmisolek osutada samaaegselt programme ja teenuseid

Teenuse nimetus	Jah	Pole kindel	Ei	Ei vastanud
Rehabilitatsioonivajaduse hindamine ja -planeerimine	49	2	3	3
Rehabilitatsiooniplaani täitmise juhendamine	49	2	3	3
Rehabilitatsiooniplaani täiendamine ja tulemuste hindamine	49	2	3	3
Füsioterapeudi teenus	47	4	3	3
Füsioterapeudi grupitöö	35	4	7	11
Tegevusterapeudi ja loovterapeudi teenus	30	5	14	8
Tegevusterapeudi ja loovterapeudi grupitöö	27	6	17	7
Sotsiaaltöötaja teenus	49	2	3	3
Sotsiaaltöötaja perenõustamine	47	2	3	5
Sotsiaaltöötaja grupinõustamine	35	7	7	8
Eripedagoogi teenus	45	5	3	4
Eripedagoogi perenõustamine	43	6	3	5
Eripedagoogi grupinõustamine	30	10	7	10
Psühholoogi teenus	47	4	3	3
Psühholoogi perenõustamine	42	6	4	5
Psühholoogi grupinõustamine	31	11	7	8
Logopeedi teenus	39	4	7	7
Logopeedi seanss perele	37	5	7	8
Logopeedi grupinõustamine	26	8	11	12

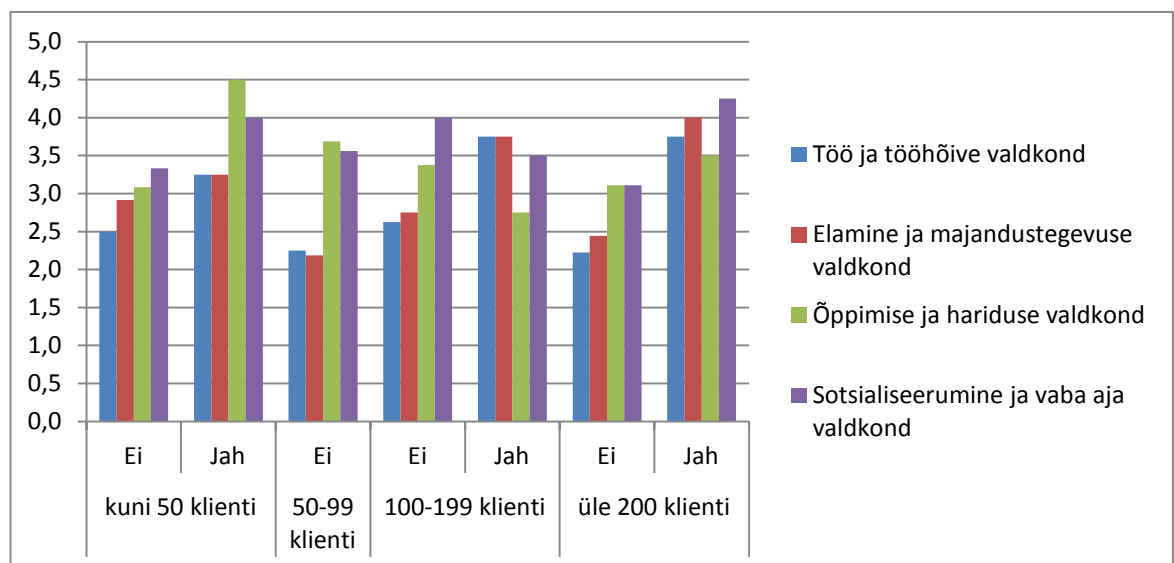
Kõikide teenuste puhul võib täheldada, et ollakse valmis pakkuma individuaalteenust, kuid perenõustamiste osutajaid on paari asutuse võrra vähem. Oluline vahe on individuaalteenuse ja grupeenuse osutamise vahel, seda kõikide teenuste lõikes. Grupiteenust soovitakse osutada tunduvalt vähem kui individuaalteenust. Seda võiks põhjendada mitmeti – esiteks on grupeenuse osutamine kindlasti ajamahukam, kui individuaalteenus. Teiseks põhjuseks võib ka olla, et gruppi on raske komplekteerida. Ilmes ka veel huvitav fakt, et meeskondades on palju eripedagooge ja logopeede, kuid teenuseosutajaid napib.

Kõiki teenuseid ja rehabilitatsiooniprogramme samaaegselt on valmis pakkuma 13 asutust. Meeskonnaliikmete arvu poolest on kuues meeskonnas 8-14 liiget, kolmes meeskonnas 15-21 liiget ja neljas meeskonnas üle 22 liikme.

Asutuste suurust arvestades on tegemist viie väikse (klientide arv kuni 50) ja viie väga suure (klientide arv üle 200) asutusega. Kolmes rehabilitatsiooniasutuses teenindatakse aastas 50-99 klienti ja suuri meeskondi siin esindatud ei olnud.

Varasem programmi osutamise kogemus on neljal asutusel, neist ühel psüühilise erivajadusega inimestele programmi osutamise kogemus ja kolmel tööealistele täiskasvanutele programmi osutamise kogemus.

Laiema eluvaldkondade põhiste programmide valmisoleku hindamisel on aluseks võetud klientide arv ühe kalendriaasta jooksul ja varasem programmi osutamise kogemuse olemasolu. Järgnev joonis annab ülevaate meeskondade valmisolekust osutada valdkonna põhiseid programme. Hindamise aluseks on võetud 5-palli skaala, kus viis tähistas väga kõrget valmisolekut ja üks, et ei olda valmis.



**Joonis 10.** Eluvaldkondade põhiste programmide valmisolek klientide arvu ja varasema programmi osutamise kogemuse alusel (autori koostatud).

Kõige ühtlasem valdkonnapõhine valmisolek on väga suurtel asutustel, kes ühtlasi omavad ka programmi osutamise kogemust. Väga suurtel asutustel, kellel puudub

kogemus on kõrgem valmisolek osutada õppimise ja sotsialiseerimise valdkonna programme, väiksem valmisolek on osutada töövaldkonnapõhiseid programme.

Väikeste asutuste puhul on kogemust omavate asutuste valmisolek osutada õppimise valdkonna programme väga kõrge, seda võib põhjendada sellega, et väikeste asutuste seas on väga mitmeid erivajadustega lastele mõeldud haridusasutusi.

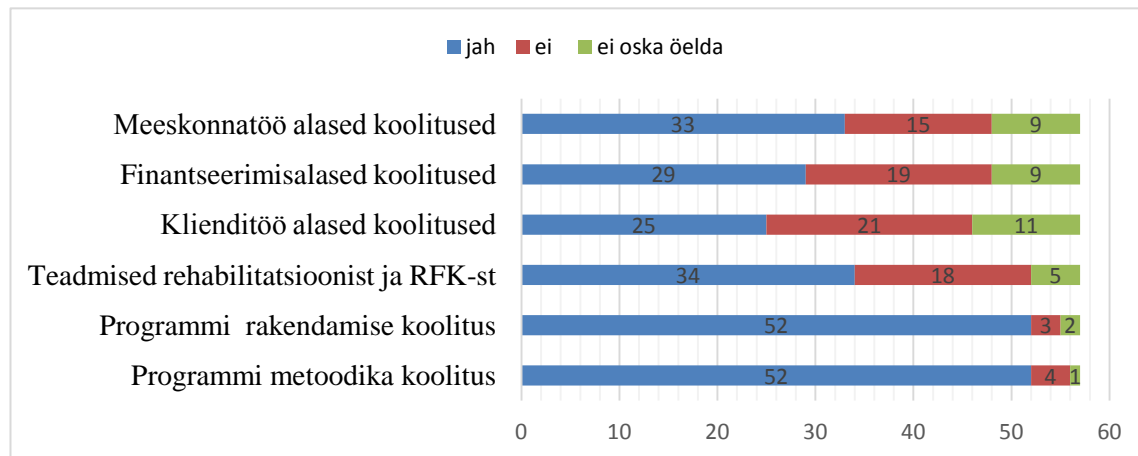
Keskmise suurusega asutuste puhul on töötamise ja elamisevaldkonnas valmisolek keskmine (2,6-2,8) ja õppimise ja sotsialiseerumise valdkonnas tunduvalt kõrgem (3,6-3,7). Kuna selles asutuste grupis puudu programmi osutamise kogemusega asutus, siis ei ole siin võimalik võrdlust välja tuua.

Suurte asutuste puhul on programmi osutamise kogemusega asutuste valmisolek kõrgem osutada programme töö ja elamise valdkonnas kui programmi osutamise kogemusega asutustel. Kõrget valmisolekut on märkinud programmi osutamise kogemusega asutused sotsialiseerumise ja vaba aja valdkonnas (4,0). Õppimise valdkonnas on ka kõrgem valmisolek neil asutustel, kellel programmi osutamise kogemus veel puudub.

### **2.3.6. Rehabilitatsioonimeeskondade koolitusvajadus**

Ankeetküsitlusest selgub, et rehabilitatsioonimeeskondadel on suur täiendkoolitusvajadus. Ankeetküsitlusest selgub, et väga suur täiendkoolitusvajadus on rehabilitatsiooniprogrammide metoodika ja rakendamise alal. Koolitusest on huvitatud 52 asutust 57-st seda võib põhjendada sellega, et programmide osutamine on uus meede rehabilitatsioonisüsteemis. Suur vajadus on ka meeskonnatöölalaste koolituste ja rehabilitatsiooni ja RFK (Rahvusvaheline funktsioneerimisvõime, vaeguste ja tervise klassifikatsioon) koolituste järele. Rehabilitatsioonivajaduse hindamine ja rehabilitatsiooniplaani koostamine on meeskonna töö ja põhineb RFK-l, sellega võib selgitada suurt huvi nende koolituste vastu. Seaduse rakenduses jääb meeskonda kohustuslikuks kolm liiget ja seda enam on vaja meeskonnasisest koostööd. 28 asutust tunneb huvi rehabilitatsiooniprogrammide finantseerimise alaste koolituste vastu ja klienditöö alaseid koolitusi sooviks 25 asutust.

Järgnev joonis annab ülevaate koolitusvajadustest.



**Joonis. 11** Rehabilitatsiooniasutuste koolitusvajadus asutuste lõikes (autori koostatud)

Koostöös Astangu Kutser rehabilitatsioonikeskuse, Sotsiaalkindlustusameti ja Sotsiaalministeeriumiga on 2015 aasta sügiseks on planeeritud mitmeid erinevaid täiendkoolitusi, et toetada rehabilitatsiooniasutuste programmpõhise teenuse kasutusele võttu.

### 2.3.7. Arutelu ja järeldused

Rehabilitatsiooniteenus on Eestis suhteliselt uus teenus, teenuse areng on olnud pidevas muutumises nii sisu kui korralduse osas. Rehabilitatsiooniprogrammide osutamine on siiani jäänud peamiselt pilootprojekti tasandile – programme on katsetatud ja rahastatud läbi Euroopa Sotsiaalfondi. Seoses suurte muutustega töövõimehindamise süsteemis toimuvad ka muudatused rehabilitatsiooniteenuse osas, millest üks on rehabilitatsiooniteenuse osutamine programmpõhiselt. .

Uurimuse eesmärgiks oli välja selgitada, kuidas rehabilitatsiooniteenuse osutajad tajuvad oma valmisolekut osutada programmpõhist teenust. Järgnevalt kajastatakse põhilisi uurimustulemusi.

Uurimusest selgus, rehabilitatsiooniasutuste arv on olnud pidevas muutumises. Aasta-aastalt on lisandunud uusi teenusepakkujaid ja kaheksa aasta jooksul on teenuse pakkujate arv kahekordistunud.

Eestis paiknevad rehabilitatsiooniasutused ebaühtlaselt, Tallinnas ja Harjumaal tegutseb üle 40 asutuse, samas aga Hiiumaal ei ole ühtegi teenuse pakkujat ja Läänemaal on ainult üks teenuse pakkuja. Kaks asutust tegutseb nii Jõgeva kui Järvamaal.

Meeskonna registreerimiseks on vajalik viie kõrgharidusega spetsialisti olemasolu. 01.01.2016 kehtima hakkavas Sotsiaalhoolekande seaduses lisandub ühele spetsialistile laienev 160-tunnine rehabilitatsioonimeeskonna spetsialisti koolitus. Töö autor leiab, et antud nõue peaks rakenduma kõikidele rehabilitatsioonimeeskonna liikmetele. Meeskonna efektiivseks tegutsemiseks on vajalik, et lisaks kõikide liikmete erialastele teadmistele omaksid kõik meeskonna liikmed ka teadmisi rehabilitatsioonist.

Analüüs näitas, et rehabilitatsioonimeeskonna koosseisu kuulub kõige enam füsioterapeute, eripedagooge ja logopeede, kõige vähem tegevusterapeute ja psühhiaatreid. Kahjuks ei ole kõikide rehabilitatsioonimeeskondade koosseisus tegevusterapeute. Sotsiaalse rehabilitatsiooni seisukohalt on just tegevusteraapia oluline isiku funktsionaalse võimekuse ja elukvaliteedi taastamisel ning igapäevaelu toimetuleku õpetamisel, et hakkama saada koduses keskkonnas.

Väikeste asutuste (klientide arvuga kuni 50 klienti aastas) seas on väga palju põhikohaga töötajaid, üks põhjus võib olla selles, et uuringus osalenud asutuste seas oli mitmeid haridusasutusi, kelle spetsialistid töötavad nii haridusasutuses kui rehabilitatsioonimeeskonnas põhikohaga. Samuti üle 10 põhikohaga töötaja oli väga suurtes (üle 200 kliendi aastas) rehabilitatsioonimeeskondades. Ootamatu tulemus oli, et 19 asutuse rehabilitatsioonimeeskonnas ei olnud ühtegi põhikohaga töötajat ja ainult kahes asutuses ei olnud ühtegi lepingulist töötajat.

Rehabilitatsiooniasutuse valmisolekut hindas ainult üks meeskond ennast täiesti valmis olevaks ja ei vajanud koolitusi, 11 asutust hindas enda valmisolekut ebapiisavaks. Paljude meeskondade puhul sooviti erinevaid täiendkoolitusi. Kõige suurem vajadus on rehabilitatsiooni programmide metoodika ja rakendamise alal, neid koolitusi soovib

enamus rehabilitatsiooniasutusi. Suur huvi on ka meeskonnatöö alaste koolituste ja RFK põhiste koolituste järele. Kuna asutuste huvi on väga kõrge, siis oleks kindlasti vaja 2015. aasta sügisel korraldada rehabilitatsiooniprogrammide metoodika ja rakendamise koolitusi, et meeskonnad saaksid 2016. aastal juba alustada oma programmide osutamisega.

Laste arengule suunatud rehabilitatsiooniprogramme on valmis osutama 35 asutust, arenguhäiretega lastele 29 asutust ja perekonna toimetulekule 32 asutust. Täiskasvanud inimestele suunatud programmide osutamisel on väga kõrge valmisolek nendel asutustel, kes on juba kogemus programmpõhise teenuse osutamisel. Vaimupuudega inimestel on valmis programme osutama 20 asutust, psüühikahäiretega inimestele 19 asutust. Liikumispuudega inimeste programme on valmis läbi viima 23 asutust ja sensoorse puudega inimestele 18 asutust. Kõige rohkem on asutused valmis pakkuma diagnoosipõhiseid programme, siin on 30 asutusel huvi.

Valdkonnapõhiste programmide osutamise kõige kõrgem valmisolek on programmi osutamise kogemust omavatel väikestel asutustel õppimise ja hariduse valdkonnas. Väga suurte asutuste puhul, kes omavad programmi osutamise kogemust, on kõrge valmisolek osutada programme sotsialiseerumise ja vaba aja valdkonnas ning elamise ja majandustegevuse valdkonnas. Suurte asutuste valmisolek programmiosutamise kogemust mitteomavate meeskondade puhul on eelistatud valdkond sotsialiseerumise ja vaba aja valdkond.

Kokkuvõttes võib öelda, et kõik uurimiseks püstitatud eesmärgid said täidetud.

Lähtudes saadud uurimistulemustest teeb töö autor järgmised ettepanekud:

- Rakendada rehabilitatsioonimeeskonna kõikide liikmete suhtes 160h rehabilitatsioonispetsialistide täiendkoolituse läbimist;
- Suurendada tegevusterapeutide koolitustellimust;
- Viia Sotsiaalkindlustusameti, Sotsiaalministeeriumi ja Astangu Kutser rehabilitatsiooni Keskuse koostöös läbi rehabilitatsioonimeeskondade täiendkoolitusi, pöörates tähelepanu rehabilitatsiooniprogrammide metoodika ja rakendamise, meeskonnatöö ja RFK teemadele;

- Analüüsida rehabilitatsiooniteenuse osutajate paiknemist Eestis, pidades silmas asutuse jätkusuutlikku tegutsemist ja rehabilitatsiooniteenuse regionaalset ühetaolist kättesaadavust. Analüüsi eesmärk on selgitada välja, kas turupõhine lähenemine toetab teenuse kvaliteedi arengut ning millised on asutuste jaoks vajalikud tingimused teenuse kvaliteedi arendamiseks ja töötajate koolitamiseks.



## KOKKUVÕTE JA SOOVITUSED

Käesolev lõputöö on kirjutatud teemal „Rehabilitatsiooniasutuste tajutud valmisolek programipõhiseks teenuseosutamiseks“. Antud teema on väga aktuaalne, kuna programipõhise rehabilitatsiooniteenuse osutamine on Eestis rakendumas 2016. aastal, toetamaks rehabilitatsiooniteenuse sisulise kvaliteedi tõusu, eesmärgipärast lähenemist ja töövõimereformi ellurakendamist.

Töö eesmärgiks oli analüüsida rehabilitatsiooniasutuste tajutud valmisolekut programipõhise teenuse osutamiseks ning uurida, millisele sihtgrupile ja milliseid programme ollakse valmis pakkuma. Kui suur on rehabilitatsioonimeeskond ning millised spetsialistid selle moodutsvad. Huvi pakkus spetsialistide töösuhe rehabilitatsiooniasutusega. Samuti analüüsiti rehabilitatsioonimeeskondade täiendkoolitusvajadust.

Töö koosnes teoreetilisest ja empiirilisest osast. Töö teoreetiline pool andis ülevaate rehabilitatsiooni üldmõistest, rehabilitatsiooniteenuse korraldusest ja sihtgrupist. Lisaks andis töö ülevaate rehabilitatsioonisüsteemis toimunud arengutest ning tõi lühidalt välja, milliseid rehabilitatsiooniprogramme on Eestis piloteeritud.

Andmed koguti kvantitatiivsel uurimismeetodil. Struktureeritud ankeetküsitlus koosnes 19 erinevast küsimusest, mis jagunesid kahte osasse. Esimese osa moodustasid üldandmed rehabilitatsiooniasutuse kohta ja teises osas uuriti rehabilitatsiooniasutuse kogemust ja perspektiive rehabilitatsiooniprogrammide osutamisel. Andmed on kogutud perioodil 16.03.- 17.04.2015 *Lime Survey* keskkonna vahendusel. Ankeedile vastas 57 rehabilitatsiooniasutust.

Uurimistulemustele baseerudes võib välja tuua järgmist:

- Küsitlusele vastanute hulgas olid rehabilitatsiooniasutused erineva tegutsemiskogemusega: pikim kogemus teenuse osutamisel oli 17 aastat, kõige lühem tegutsemisaeg oli pool aastat.
- Lähtudes kalendriaastas teenindatavate klientide arvust jagunesid küsitluses osalenud rehabilitatsiooniasutused neljaks suureks rühmaks – väikesed asutused (kliente kuni 50), keskmised asutused (kliente 50-99), suured asutused (kliente 100-199) ja väga suured asutused (üle 200 kliendi)
- Rehabilitatsioonimeeskondade suurused varieeruvad 5 liikmest kuni 45 liikmeni, kõige rohkem on meeskondades kokku füsioterapeute
- 19 asutuse rehabilitatsioonimeeskonnas ei ole ühtegi põhikohaga töötajat
- Küsitluses osalenud asutusest omavad 12 rehabilitatsiooniprogrammide osutamise kogemust
- Rehabilitatsioonimeeskondade tajutud valmisolek osutada rehabilitatsiooniprogramme on keskmisest kõrgem, kaetud on kõik sihtgrupid ja peamised rehabilitatsioonivaldkonnad.
- Rehabilitatsioonimeeskondade koolitusvajadus on väga suur, seda eriti rehabilitatsiooniprogrammide meetodika ja rakendamise alal.
- Enamus meeskondi hindavad oma võimekust osutada nii kompleksteenust kui rehabilitatsiooniprogramme.

Rehabilitatsiooniprogrammide osutamise peamise riskina võib välja tuua teenuse osutajamisega seotud töökorralduslikud küsimused. Selgus, et enamusele rehabilitatsiooniteenuse osutajatele ei ole töö rehabilitatsioonimeeskonnas nende põhitegevus - see tähendab, rehabilitatsioonitöö toimub muu tegevuse kõrvalt, sõltuvalt teenuseosutaja teistest töökohustustest – nt tervishoiuteenuse osutamine, hoolekandevõi haridusteenuste osutamine. Sotsiaalhoolekandeseadus ei sea täpsemaid kriteeriumeid teenuseosutajale kui viiest erialase kõrgharidusega liikmest koosneva meeskonna komplekteerimine; ka asutuste regionaalne planeerimine on jäänud tahaplaanile, toimudes pigem „avatud turu“ põhimõtetel. Rehabilitatsiooniprogrammide osutamine on võrreldes individuaalse teenuse pakkumisega erinev protsess. Kui

üksikteenuse osutamisel piisab meeskonnatööst rehabilitatsiooniplaani koostamisel ja edasi tegutseb iga spetsialist vastavalt oma pädevusele ja metoodikatele, siis programmi osutamine eeldab tihedat meeskonnatööd. Kui spetsialistid on hõivatud sama-aegselt mitmete erinevate teenuste osutamisega (nt tervishoiuteenuse osutamisega), siis on alust kahelda, kas ja kui palju on seejuures võimalik pühenduda rehabilitatsioonile ja meeskonnatööle. Töö autor on arvamusel, et rehabilitatsiooniteenuse regulatsioon peaks tänasest enam tegelema rehabilitatsiooniasutuste regionaalse paiknemise planeerimisega, tagades maakonnakeskustes pädevate rehabilitatsioonikeskuste olemasolu ning piisaval arvul puudespetsiifilisi teenuseosutajaid, kes saavad pühenduda vaid rehabilitatsiooniteenuse osutamisele. See võimaldaks teenuseosutajatel kujundada töökorralduse, kus töötajad töötavad püsiva töölepingu alusel ja saavad tegeleda arendustegevustega ja keskenduda vaid rehabilitatsiooniteenusele.

Samuti on rehabilitatsiooniprogrammide osutamine seotud asutuste „mõttemaailma“ muutmisega – kuidas seada erivajadusega isik ja tema rehabilitatsioonieesmärk peamisele, keskele kohale ning kujundada toetavad teenused isiku ümber? Ei piisa, et rehabilitatsioonimeeskonnas on hea füsioterapeut või sotsiaaltöötaja, kes osutavad hästi oma erialaspetsiifilist teenust – kui kogu meeskona tegevusele ei ole seatud ühtset, kliendi vajadustest lähtuvad eesmärki ja iga spetsialist tegutseb enda, erialaspetsiifilise eesmärgi nimel, on heade tulemuste saavutamine küsitav. Rehabilitatsiooniprogrammi koostamine lähtub just selgest eesmärgist, kus juba programmi koostamise protsessis mõeldakse läbi vajalikud tegevused ja teenused, mida kliendi hindamise järgselt kohandatakse isiku vajadustega.

Rehabilitatsiooniprogrammi osutamise kogemus näitab nende kõrgemat tulemuslikkust võrreldes üksikteenustega. Oluline on mitte kohandada isikut programmiga, vaid programmi tegevusi isiku vajadustega. See eeldab, et meil on tulevikus programmide osas valikuvõimalus. Et tekitada valikuvõimalusi, vajavad rehabilitatsiooniteenuse osutajad koolitusi ja toetust, et olla juba 2016. aastal valmis programme osutama.

## VIIDATUD ALLIKAD

Vabariigi valitsus. (29. Aprill 2014. a.). *Rehabilitatsiooniteenuse raames osutatavate teenuste loetelu, teenuste hindade ja teenuse maksimaalse maksumuse kehtestamine*. Kasutamise kuupäev: 14. Veebruar 2015. a., allikas <https://www.riigiteataja.ee/akt/117122010035?leiaKehtiv>

Anthony, W. C. (1998). *Psühhiaatriline rehabilitatsioon*. Tartu: Eesti Psühholoogilise Rehabilitatsiooni Assotsiatsioon.

Dean, S., Siegert, R., & Taylor, W. (2012). *Interprofessional rehabilitation: a person-centred approach*. Oxford: Wiley-Blackwell.

Hanga, K. (2010). Rehabilitatsioon ja rehabilitatsiooniteenus. Ettekanne.

Hanga, K. (Talv 2012. a.). Rehabilitatsioon läbi aastate. *Sinuga* , lk 25-27.

Hanga, Karin; DiNitto, Diana; Leppik, Lauri. (14. aprill 2015. a.). Initial assessment of rehabilitation needs using the WHODAS2.0 in Estonia. *Disability and Rehabilitation* , 1-8.

Haukanõmm, M. (2012). Riiklikud teenused puudega Inimestele. *Heade praktikate kogumik* , 27-28.

Hollander, D., & Wilken, J. p. (2015). *Kuidas klientidest saavad kodanikud*. Tallinn: DUO KIRJASTUS.

Koenig Alex, K. A. (2014). Biopsychsocial functioning and pain self-efficacy in chronic low back pain patients. *JRRD* , 1277-1286.

Maas, H., & Murs, L. (2010). Sotsiaalne rehabilitatsioon kui võimalus sotsiaalse tegevusvõime taastamiseks. *Sotsiaaltöö*, lk 25-27.

Majandus- ja Kommunikatsiooniministeerium. (2015). *Ettevõtja*. Kasutamise kuupäev: 17. veebruar 2015. a., allikas Majandustegevuse register: [https://mtr.mkm.ee/juriidiline\\_isik](https://mtr.mkm.ee/juriidiline_isik)

Narusson, D. (2009). *Loengumaterjalid. Eesti rehabilitatsiooni arengulugu*. Pärnu.

Praxis. (2011). *Eesti sotsiaalkaitse süsteemi korralduse efektiivsuse analüüs*. Tallinn.

Praxis. (2012). *Töövõimetuse hindamine, asendussissetuleku võimaldamine ja tööalane rehabilitatsioon Eesti ja viies Euroopa Liidu riigis*. Tallinn.

Riigikogu. (29. Juuni 2012. a.). *Puuetega inimeste õiguste konventsioon ja fakultatiivprotokoll*. Kasutamise kuupäev: 20. veebruar 2015. a., allikas [<https://www.riigiteataja.ee/akt/204042012006>]

Riigikogu. (13. detsember 2014. a.). *Sotsiaalhoolekande seadus*. Kasutamise kuupäev: 17. Veebruar 2015. a., allikas Riigi Teataja: <https://www.riigiteataja.ee/akt/113122014044?leiaKehtiv>

Riigikontroll. (2006). *rahvatervis.ut.ee*. Allikas: Riigieelarvets erivajadusega inimeste rehabiliteerimiseks teenuste ostmine: [http://rahvatervis.ut.ee/bitstream/1/1469/1/Riigikontroll2006\\_1.pdf](http://rahvatervis.ut.ee/bitstream/1/1469/1/Riigikontroll2006_1.pdf)

Roht, K. (mai 2008. a.). ESF projekti PITRA ettepanekud rehabilitatsioonisüsteemi korrastamiseks. *Sotsiaaltöö*, lk 26-30.

Roosimaa, M. (2014). Programmpõhine rehabilitatsiooniteenuse osutamine - ülevaade Eestis läbiviidud arendusprojektidest. Tallinn.

Roosimaa, M. (2011). *Töölesaamist toetavad rehabilitatsiooniprogrammid*. Tallinn: AS Võru Täht.

Sotsiaalkindlustusamet. (2014). *Rehabilitatsiooni eelarve ja statistika*. Kasutamise kuupäev: 15. veebruar 2015. a., allikas <http://www.sotsiaalkindlustusamet.ee/rehabilitatsiooniteenus-3/>

Sotsiaalministeerium. (2009). *PROGRAMM „TÖÖLESAAMIST TOETAVAD HOOLEKANDEMEETMED 2007 – 2009“*. Kasutamise kuupäev: 15. veebruar 2015. a., allikas Sotsiaalministeerium: [http://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid\\_ja\\_tegevused/Sotsiaalhoolekanne/Puudega\\_inimetele/Rehabilitatsioon/loppraport.pdf](http://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Sotsiaalhoolekanne/Puudega_inimetele/Rehabilitatsioon/loppraport.pdf)

Teataja, R. (kuupäev puudub). Allikas: Riigi Teataja.

Tervise Arengu Instituut. (2008). *PITRA II - Puudega inimene tööturule rehabilitatsioonisüsteemi arendamisega. Lõppraport*. Kasutamise kuupäev: 17. Veebruar 2015. a., allikas [http://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid\\_ja\\_tegevused/Sotsiaalhoolekanne/Puudega\\_inimetele/Rehabilitatsioon/pitra\\_202\\_2016ppraport\\_1\\_.pdf](http://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Sotsiaalhoolekanne/Puudega_inimetele/Rehabilitatsioon/pitra_202_2016ppraport_1_.pdf)

William Anthony, M. C. (1998). *Psühhiaatrilise rehabilitatsioon*. Tartu: Eesti Psühholoogilise Rehabilitatsiooni Assotsiatsioon.

*World Health Organisation*. (2015). Kasutamise kuupäev: 15. Veebruar 2015. a., allikas Rehabilitation: <http://www.who.int/topics/rehabilitation/en/>

## **Lisa 1. Küsimustik rehabilitatsiooniasutustele**

Lugupeetud rehabilitatsiooniteenuse osutaja

Olen Tartu Ülikooli Pärnu kolledži sotsiaaltöö ja rehabilitatsioonikorralduse rehabilitatsiooni suuna viimase kursuse üliõpilane. Viin lõputöö raames läbi üle-Eestilist rehabilitatsioonialast uuringut, mis hõlmab asutuste valmisolekut programmpõhiseks teenuse osutamiseks.

Küsimustiku täitmine on anonüümne ning vastuseid kasutatakse vaid üldistuste tegemiseks. Täna Teid küsimustele vastamise eest!

### **ÜLDANDMED**

1. Asutuse nimi

2. Asukoht

3. Mitu aastat olete tegutsenud rehabilitatsiooniasutusena?

4. Klientide arv aastas

Kuni 50 klienti

50-99 klienti

100 – 199 klienti

Üle 200 klienti

5. Mitu liiget on teie rehabilitatsiooni meeskonnas?

6. Meeskonnas on

Sotsiaaltöötaja (arv, mitu)

Tegevusterapeut

Logopeed

Eripedagoog

Psühholoog

Füsioterapeut

## Lisa 1. järg

Arst/taastusravi arst

Psühhiaater

Õde

7. Mitu spetsialisti on läbinud rehabilitatsioonialase koolituse?

8. Mitu spetsialisti töötab põhikohaga?

9. Mitu spetsialisti töötab lepingu alusel?

### KOGEMUS REHABILITATSIOONI PROGRAMMIDE OSUTAMISEL

10. Kas teie asutuses on piloteeritud programmipõhist rehabilitatsiooniteenust?

Jah/ei

11. Kui jah, siis millisele sihtgrupile?

Nimeta sihtgrupp, programm ja aasta

12. Kuidas hindate oma meeskonna valmisolekut programmipõhiseks teenuse osutamiseks?

A meeskond on valmis, ei vaja koolitust

B meeskond on valmis, vajab vähest koolitust

C meeskond on valmis, vajab täiendkoolitust

D meeskond ei ole valmis

13. Millistele sihtgruppidele oleksite valmis programme osutama?(Hinnang 5-palli skaalal)

	1- üldse ei ole valmis	2	3	4	5-oleme väga valmis
Puudega lapsed ja nende pered					
Täiskasvanud					
Psüühikahäirega isikud					
Alaealised õigusrikkujad					



## Lisa 1. järg

14. Milliseid programme olete valmis osutama? (Hinnang 5-palli skaalal)

	1- üldse ei ole valmis	2	3	4	5-oleme väga valmis
Laste arengule suunatud programmid					
Arenguhäiretega lastele suunatud programmid					
Perekonna toimetulekule suunatud programmid					
Vaimupuudega inimestele suunatud programmid					
Psüühikahäirega inimestele suunatud programmid					
Liikumispuudega inimestele suunatud programmid					
Sensorsete puudega inimestele suunatud programmid					
Diagnoosipõhised programmid					

15. Millises valdkonnas olete valmis programme osutama? (Hinnang 5-palli skaalal)

	1- üldse ei ole valmis	2	3	4	5-oleme väga valmis
Töö ja tööhõive valdkond					
Elamine ja majandustegevuse valdkond					
Õppimise ja hariduse valdkond					
Sotsialiseerumine ja vaba aja valdkond					

16. Mitmele inimesele olete valmis korraga programmi pakkuma?

17. Kas olete valmis majutusega programme pakkuma?

18. Milline on teie meeskonna koolitusvajadus?

1. ei vaja koolitust
2. Programmi metoodika koolitus
3. Programmi rakendamise koolitust
4. Teadmised rehabilitatsioonist ja RFK-st

## **Lisa 1. järg**

5. Klienditöö alased koolitused

6. Finantseerimisalased koolitused

19. Kas olete valmis pakkuma rehabilitatsiooni üksikteenuseid samaaegselt programmiga?

Rehabilitatsioonivajaduse hindamine ja –planeerimine (jah- pole kindel- ei)

Rehabilitatsiooniplaani täitmise juhendamine (jah- pole kindel- ei)

Rehabilitatsiooniplaani täiendamine ja tulemuste hindamine (jah- pole kindel- ei)

Füsioterapeudi teenus (individueaalne) (jah- pole kindel- ei)

Füsioterapeudi grupidöö (jah- pole kindel- ei)

Tegevusterapeudi ja loovterapeudi teenus (individueaalne) (jah- pole kindel- ei)

Tegevusterapeudi ja loovterapeudi grupidöö (jah- pole kindel- ei)

Sotsiaaltöötaja teenus (individueaalne) (jah- pole kindel- ei)

Sotsiaaltöötaja perenõustamine (jah- pole kindel- ei)

Sotsiaaltöötaja grupinõustamine (jah- pole kindel- ei)

Eripedagoogi teenus (individueaalne) (jah- pole kindel- ei)

Eripedagoogi perenõustamine (jah- pole kindel- ei)

Eripedagoogi grupinõustamine (jah- pole kindel- ei)

Psühholoogi teenus (individueaalne) (jah- pole kindel- ei)

Psühholoogi perenõustamine (jah- pole kindel- ei)

Psühholoogi grupinõustamine (jah- pole kindel- ei)

Logopeedi teenus (individueaalne) (jah- pole kindel- ei)

Logopeedi seanss perele (jah- pole kindel- ei)

Logopeedi grupinõustamine (jah- pole kindel- ei)

## **SUMMARY**

### **REHABILITATION SERVICE PROVIDERS' PERCEIVED READINESS TO PROVIDE REHABILITATION PROGRAMS**

Ewe Alliksoo

The topic of the present thesis is „Rehabilitation service providers' perceived readiness to provide rehabilitation programs in Estonia. According to latest developments in Estonian social welfare and disability policy, provision of the rehabilitation program is a new measure targeted to persons with disabilities. Rehabilitation programs are integrated to the content of the social- and vocational rehabilitation services in 2016 and financed by Social Insurance Board and Unemployment Office.

The aim of the thesis is to analyze rehabilitation service providers' readiness for compiling and providing rehabilitation programs, as well as to gather information about service providers' training needs in order to carry on their new duties in 2016. It is analyzed, whether the service providers' organizational background and previous work experience may influence their readiness in providing rehabilitation programs, what are the aims and who are target groups they are ready to serve. The thesis consists of theoretical and empirical part. The theoretical part gives a short overview of rehabilitation service organization, the target group and the main problems in the current service process. Then the latest developments in the field rehabilitation, like initial assessment of rehabilitation needs and piloting the rehabilitation programs is discussed. In order to gather information about the rehabilitation service providers' organizational level and their work experiences in provision rehabilitation programs, following research questions were raised :

- Since when the company is providing rehabilitation services and how many clients the company have in a calendar year?
- How many and which rehabilitation specialists belong in to the rehabilitation team, what are their work tasks , and whether they have participated in rehabilitation training?
- What are the many types of working contracts or employment the rehabilitation specialists have?
- What are the rehabilitation service providers' experiences of the provision of programs?
- How the rehabilitation specialists perceive their readiness to provide rehabilitation programs, what are the aims and target groups they are ready to serve? What are the training needs?
- Are rehabilitation teams able to provide simultaneously both programs and individual services?

The quantitative research method was used. A structured questionnaire was compiled, consisted of 19 different questions, divided into two sections. The first section contained questions about general data of the rehabilitation service provider (organizational questions, number of the specialists, working contracts etc.) and second part contained questions about service providers' experiences and perspectives of the provision of rehabilitation programs. Data are collected online, via the environment Lime Survey. 57 rehabilitation service providers answered the questionnaire in the period of 16.03.-17.04.2015

Main results are:

- The longest rehabilitation service provision period was 17 years. According to the number of clients served per calendar year the service providers were divided into four groups - small institutions (up to 50 clients) average-sized institutions (50-99 clients), large institutions (100-199 clients), and a very large institutions (over 200 clients)
- The size of the rehabilitation team sizes varies from 5 to 45 members. From different professions, the the number of the physiotherapist was the highest (137)

- 19 s rehabilitation service providers who participated in current study did not have any full-time employees
- 12 rehabilitation service providers had previous experience in the provision of re rehabilitation programs.
- Rehabilitation service providers perceived high readiness to provide rehabilitation programs to all target groups and main areas of rehabilitation.
- Specialists needs for the training was very high, s, especially about the methodology and implementation of rehabilitation programs.
- Most of the participants confirmed to capable to provide rehabilitation programs and individual rehabilitation services in same time.

The main risks of the provision rehabilitation programs are related to the organizational issues of service providers – for the most of rehabilitation specialist participated in current study, the provision of rehabilitation services is not their main work. Offering rehabilitation programs is different process from provision of individual services – this enquires devoted specialists, team work and collaboration and assumes that specialists can commit to their work.

## **Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks**

Mina, Ewe Alliksoo,

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose

Rehabilitatsiooniasutuste tajutud valmisolek programmpõhise teenuse osutamiseks,

mille juhendaja on Kandela Õun,

1.1.reprodutseerimiseks säilitamise ja üldsusele kättesaadavaks tegemise eesmärgil, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace-is lisamise eesmärgil kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni;

1.2.üldsusele kättesaadavaks tegemiseks Tartu Ülikooli veebikeskkonna kaudu, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace'i kaudu kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni.

2. olen teadlik, et punktis 1 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.

3. kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei rikuta teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse seadusest tulenevaid õigusi.

Pärnus, **20.05.2015**